

В.Д.Менделевич

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПРОПЕДЕВТИКА

В. Д. МЕНДЕЛЕВИЧ

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПРОПЕДЕВТИКА

Практическое руководство для врачей и студентов

Издание 2-е, переработанное и дополненное

МОСКВА

ТОО "ТЕХЛИТ" "МЕДИЦИНА"

1997

УДК 616,89-036
ББК 56.14
М 50

Менделевич В. Д.
М 50 Психиатрическая пропедевтика: Практическое руководство для врачей и студентов. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ТОО "Техлит"; "Медицина", 1997. – 496 с.

ISBN 5-900990-03-6

В руководстве впервые в отечественной научной литературе описаны такие принципиально важные разделы, как «психиатрическое интервьюирование» с прилагающимся к нему русско-английским диагностическим разговорником, приведены феноменологические принципы психиатрии, описаны дискуссионные вопросы этических и правовых взаимоотношений общества и психиатрии, приводятся результаты исследований общественного мнения о психиатрии в России. Кроме того, в руководстве даются диагностические психиатрические алгоритмы, клинические задачи для оценки знаний в области диагностики психических состояний.

Книга рассчитана на психиатров, психологов, социологов, социальных работников, а также она может использоваться студентами, стажирующимися в области психиатрии и психологии.

УДК 616,89-036
ББК 56.14

ISBN 5-900990-03-6

ПРЕДИСЛОВИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ

Отечественная психиатрия долгие годы оставалась "вещью в себе". Изменения, происходившие в ней, носили характер скорее косметических, чем радикальных. Это касалось как клинической психиатрической практики, так и академической науки. Считалось, что практически все открытия уже совершены, теории разработаны, концепции созданы. Резкие перемены в обществе, поворот от авторитарных взаимоотношений к демократическим возродил жизнь в психиатрии. Оказалось, что многие считавшиеся устоявшимися принципы и законы ложны и требуют по крайней мере осмысления. А наука нуждается в смене парадигмы.

Стагнация особенно ярко проявлялась в области преподавания психиатрии. Студенты продолжали учиться по учебникам и руководствам, написанным и изданным десятки лет назад. У интернистов, которым приходилось знакомиться с психиатрией по предписанным программами учебникам, возникало устойчивое мнение о том, что развитие психиатрии закончилось в 50-60 годы нашего столетия.

Нынешний этап развития отечественной психиатрии — революционный. Происходит естественная переориентация с одной платформы (ортодоксальной) на иную (иные). Новое время требует новых подходов. Ученики жаждут получить не новую догму, а сомнение.

В первом издании руководства, написанном для врачей и студентов-медиков, делалась попытка отразить те сферы психиатрии, которым по тем или иным причинам не находилось места в отечественных руководствах и учебниках. Во главу угла была поставлена задача смены ортодоксального подхода в психиатрии на феноменологический. Впервые в отечественной учебной литературе по психиатрической диагностике использовалась нетрадиционная научная платформа. Делалась попытка описать принципы и законы, позволяющие проводить дифференциальную диагностику, в первую очередь, не с подобными психопатологическими симптомами и синдромами, а с феноменологически сходными психологическими проявлениями. Это предполагало выход психиатрии за ее традиционные рамки в соседние, родственные области — психологию, филосо-

фию, социологию, политологию, культурологию. Подобный подход был обозначен ***психиатрической пропедевтикой.***

Психиатрическую пропедевтику можно считать базовой в освоении психиатрической науки. Это связано с тем, что без знания принципов и законов психической деятельности (будь-то психика здорового или больного человека), а также постулатов психиатрического обследования и диагностики невозможно достичь профессиональных высот.

Традиционным для отечественной психиатрии является разделение на общую психопатологию и частную психиатрию. При этом роль вводной дисциплины (пропедевтики) отводится общей психопатологии — изучению отдельных психопатологических симптомов и синдромов, тогда, как основы собственно психиатрической пропедевтики, как правило, упускаются из вида. Под целями психиатрической пропедевтики следует понимать предоставление знаний об особенностях и закономерностях проявления, течения и исходов психических расстройств, их отличиях от проявлений нормальной психической деятельности, о составных частях отдельных психопатологических симптомокомплексов или закономерностях течения основых душевных заболеваний, а также обучение способам и методам клинического выявления психических феноменов — своеобразную "психическую перкуссию и аускультацию" — освоение объективных, адекватных и эффективных техник клинического интервьюирования и диагностирования.

В первом издании руководства, писавшемся в начале 90-х годов и увидевшим свет в 1995 году, нашли отражение результаты психиатрических исследований и анализа тех лет. За прошедшие годы отечественная психиатрия совершила значительный прорыв. Вследствие чего потребовалось внести изменения в текст руководства, а также обратиться к тем областям психиатрической пропедевтики, актуальность которых возросла в последнее время.

Особый упор в первой главе руководства делается на наиболее значимом и малоосвещенном в отечественной психиатрической литературе этапе диагностики — опросе пациента, тщательном, беспристрастном и методически выверенном выявлении психопатологических симптомов и синдромов, отграничении психологических феноменов от психических расстройств, основанных на феноменологических принципах и использующих специфические методы и способы.

Зачастую психически больной не предъявляет никаких жалоб, либо предъявляет скудные данные о своих переживаниях. От диагноста требуется особое чутье и творческие способности для создания комфортных, доверительных условий для беседы с пациентом, при которых единственно возможна точная оценка имеющихся психопатологических проявлений без ущемления прав собеседника и уважения его нужд и чаяний.

Психиатрическое интервью основано как на клиническом опыте врача, его знаниях о признаках и проявлениях симптомов и синдромов, так и на его эмпатических и в некотором смысле артистических способностях. Именно вследствие необходимости сочетания обеих составляющих, представляется

проблематическим и даже невероятным разработка и создание эффективных компьютерных или тестовых программ по психиатрической диагностике. Знание правильных и необходимых для распознания психического состояния человека вопросов — лишь первый, далеко не исчерпывающий сути шаг на пути к освоению метода психиатрического интервью. Теоретические знания в психиатрии неотделимы от навыков общения, эмпатии, сопереживания. Трюизм: после обычной беседы с врачом пациенту должно становится лучше — прекрасно доказывает полифункциональность интервью, особенно в психиатрии и психосоматике.

Представленная глава "Психиатрическое интервью" направлена на ознакомление с основными, ведущими формулировками, используемыми психиатрами при общении с душевнобольным, и на получение знаний по принципиальным положениям — законам построения интервью в клинической практике. Учитывая современную общественно-политическую ситуацию, миграционные возможности и желания человека, а также нередкие случаи встреч разноязычных врача и пациента, в приложении к руководству имеется диагностический разговорник. В нем представлены основополагающие диагностические вопросы на двух языках: русском и английском. Вопросы охватывают основные сферы психической деятельности человека. Диагност, встречаясь с пациентом, говорящим на другом языке, способен на основании приведенных вопросов составить первое впечатление о психическом состоянии пациента, описать психический статус (приведен примерный вариант на двух языках), собрать анамнез, дать необходимые лечебные рекомендации. Разумеется, диагностический разговорник нельзя назвать исчерпывающим для познания искусства диагностики или общения с больным. Знание приведенных облигатных (часто встречающихся и употребляемых) вопросов и выражений позволит начинающему врачу или студенту-медику создать диагностический каркас для эффективного интервьюирования психически больного.

Дальнейшее совершенствование — дело самого врача. Механическое задавание вопросов в психиатрическом процессе, без учета реакций пациента, его состояния, интеллекта, уровня культуры и прочих факторов может лишь ухудшить атмосферу диагностического интервью. Далее будут приведены основные принципы этого психиатрического действа, которые позволяют разумно и деликатно подойти к использованию на практике диагностического разговорника.

Кроме того, в настоящее руководство для врачей включены разделы малоосвещенные в отечественной психиатрии — это раздел о принципах и законах психиатрии, этических и социологических аспектах психиатрии, ошибках психиатрической диагностики. Наряду с этим, в руководство включены основые правовые регламентации в области психиатрии и комментарии к ним.

Во второе издание руководства вошли новые разделы: патопсихологическая диагностика, этнокультуральные аспекты психиатрии, клиническая антропология психический расстройств. Учитывая учебную направленность руководства, в его приложение вошел задачник по правовым вопросам психи-

атрии, опросник по клинической психиатрии для программированного обучения. За прошедшие со времени первого издания годы в психиатрическую практику вошла новая классификация психических заболеваний (МКБ-10). В связи с этим в приложении к руководству помещен раздел, направленный на плавный и безболезненный переход врачей от МКБ-9 к МКБ-10. В нем приведены параллели между двумя классификациями и указаны их различия.

Автор выражает искреннюю благодарность всем, кто своими добрыми советами, конструктивной критикой и сотрудничеством способствовал написанию и второму изданию данного руководства: директору Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, министру здравоохранения РФ, член-корр. РАМН проф. Т.Б. Дмитриевой, ректору Казанского государственного медицинского университета член-корр. РАМН проф. Н.Х. Амирову, проректору КГМУ проф. К.К. Яхину, моему учителю и отцу проф.Д.М.Менделевичу. Особо хотелось бы выразить благодарность коллегам, которые согласились выступить авторами и соавторами ряда глав данного руководства: проф. В.С. Чудновскому, проф. Н.А. Корнетову, к.и.н. Л.М. Овруцкому, главному психиатру г. Казани В.А. Евплову, Н.И. Шишкиной. Проведению исследований по оценке общественного мнения о психиатрии, результаты которого нашли отражение в одной из глав руководства, способствовала помощь фонда МакАртуров, которому выражаю за это искреннюю благодарность. Изменения и дополнения, внесенные во второе издание, не смогли бы состояться без помощи моих коллег по кафедре психиатрии к.м.н., асс. Е.А. Сахарова, к.м.н., асс. Э.В. Макаричевой, а также студентов Казанского государственного медицинского университета.

ВВЕДЕНИЕ

Предлагаемое руководство предназначено, в первую очередь, для самостоятельного освоения психиатрической пропедевтики, а также для программированного контроля усвоенных знаний. В основных главах приведены принципы и законы психиатрического интервьюирования, клинической психиатрической и патопсихологической диагностики, описан феноменологический подход к оценке психической нормы и патологии, описано влияние социологических, этнокультуральных, антропологических особенностей на клинические проявления и диагностику психических заболеваний. В конце каждой главы имеется список рекомендуемой литературы по освещаемому вопросу.

В приложение включен значимый для практической работы диагностический разговорник на русском и английском языках, примерные заключения о психическом статусе пациента. Для целей контроля полученных читателем знаний в области психиатрической диагностики в приложении даны задачи по общей психопатологии в виде выписок из историй болезни с разбором этапов диагностического поиска, а также в виде программированных заданий, опросник по правовым вопросам психиатрии. В конце каждого приложения приводятся ответы и их основания.

Студент-медик или начинающий психиатр может использовать руководство в тех случаях, когда у него возникают сложности с классификацией выявляемого симптома. Для удобства читателя в главе "Психиатрическая диагностика" наиболее часто встречающиеся психопатологические симптомы и синдромы рассортированы в зависимости от поражения той или иной сферы психической деятельности.

ГЛАВА 1

ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЕ

«Первый шаг к профессионализму — осознание своих пределов»

Мы отдаем себе отчет в том, насколько сложным является унификация и схематизация творческого процесса, а ведь интервьюирование можно с полным основанием назвать творчеством. В этом отношении мы осознаем пределы своих возможностей и не претендуем на нахождение истины в последней инстанции. Каждый врач вправе выбрать себе из множества существующих наиболее подходящий для него (его характера, интересов, пристрастий, уровня общительности, мировоззрения, культуры и т. д.) способ интервьюирования пациента. Поэтому следует рассматривать предлагаемый текст и мысли, заложенные в нем, как еще одну возможность, еще один вариант, который может удовлетворить взыскательного читателя и привести к применению на практике положений именно данного руководства. Если же информация способна вызвать неприятие, тогда за читателем остается возможность продолжить поиск наиболее подходящего для него руководства по клиническому методу в психиатрии.

Термин «интервью» в отношении психопатологического метода используется в отечественной психиатрии крайне редко. Чаще говорят о клиническом расспросе или беседе, описание которых в научных психиатрических трудах носит в подавляющем большинстве описательный, сентенционный характер. Рекомендации, как правило, даются в императивном тоне и направлены на формирование несомненно важных морально-нравственных качеств диагноста. В известных публикациях и монографиях клинический

способ диагностики психических заболеваний приводится без описания собственно методологии (принципов и процедур) расспроса, что выводит даваемые рекомендации за рамки научных и доступных для эффективного воспроизведения. Получается парадоксальная ситуация: обучиться психиатрическому обследованию и диагностике возможно лишь экспериментальным путем, участвуя в качестве наблюдателя-ученика в беседах с психически больными известных и признанных авторитетов в области диагностики и интервьюирования.

Отвлекаясь от основной темы, хочется отметить, что, к сожалению, в области диагностики существует и имеет массу поклонников даже в среде профессионалов диагностика психических заболеваний без интервьюирования. То есть диагноз ставится заочно, без непосредственной встречи врача с предполагаемым пациентом. Подобная практика становится в наше время модной. Диагнозы психических заболеваний, выставляемых на основании анализа действий человека, известных врачу понаслышке или из уст неспециалистов, психопатологические трактовки текстов «подозреваемых» (писем, стихов, прозы, брошенных когда-то фраз) лишь дискредитируют клинический психопатологический метод. Не претендуя на анализ психопатологической картины, укажем, что порочным с научной точки зрения должны быть признаны заочные психиатрические экспертизы, а тем более посмертная постановка психиатрического диагноза (вспомним заочные экспертизы небезызвестного генерала Григоренко или попытки признать душевнобольным Иосифа Сталина на основании посмертной оценки его деяний).

Истинная психиатрическая диагностика должна в обязательном порядке сочетать диагностику в узком понимании термина и непосредственное обследование врачом пациента, т. е. интервьюирование. Именно поэтому посмертные или заочные заключения экспертов-психиатров могут носить характер предположительного диагноза, диагноза под большим знаком вопроса, превращение которого в точку или восклицательный знак — дело весьма проблематичное.

«Психодиагностическое интервью» — метод получения информации о свойствах личности, психопатологических феноменах, внутренней картине болезни пациента и способ психокоррекционного воздействия на больного, производимый непосредственно на основании личного контакта диагноста и пациента. Интервью от-

личается от расспроса тем, что нацелено не только на активно предъявляемые пациентом жалобы, но и на выявление скрытых мотивов поведения человека и оказание ему помощи в осознании истинных (внутренних) оснований для измененного психического состояния. Существенным для интервью считается также психологическая поддержка пациента.

Функциями интервью в психиатрии являются: *диагностическая* и *терапевтическая*. Они должны осуществляться параллельно, поскольку только их сочетание может привести к желаемому для психиатра результату — выздоровлению и реабилитации пациента. В этом отношении практикующийся клинический расспрос, игнорирующий психотерапевтическую функцию, превращает врача в статиста, чью роль мог бы с успехом выполнять и компьютер. Гротескно изъяны клинического расспроса в традиционном понимании проявляются при так называемом амитал-кофеиновом растормаживании, при котором врач задает вопросы пациенту, находящемуся под действием психофармакологических препаратов, не утруждая себя в развитии искусства интервью, не прилагая усилий к тому, чтобы пациент «раскрылся» перед ним. Однако и в обычной (без применения лекарственного воздействия) диагностической беседе нередки случаи «давления» на пациента — психологического прессинга. Речь в данном случае не идет только о психотических больных. Ведь интервью с пациентом, имеющим психотический уровень психических расстройств, также требует знаний и навыков. Пациенты зачастую не могут точно описать свое состояние и сформулировать жалобы. Именно поэтому способность выслушать изложение проблем пациента — это лишь часть интервью, вторая — способность *тактично помочь пациенту сформулировать его проблему*, дать ему понять истоки психологического дискомфорта — кристаллизовать проблему. «Речь дана человеку для того, чтобы лучше понимать себя»,— писал Л. Выготский, и это понимание через вербализацию в процессе психиатрического интервью может считаться существенным и принципиальным.

Принципами психиатрического интервью являются: однозначность, точность и доступность формулировок-вопросов; адекватность, последовательность (алгоритмизованность); гибкость, беспристрастность опроса; проверяемость получаемой информации.

Под принципом однозначности и точности в рамках психиатрического интервью понимается правильное, корректное и точное формулирование вопросов. Примером неоднозначности может служить такой вопрос, обращенный пациенту: «Испытываете ли Вы на себе психическое воздействие?» Утвердительный ответ на этот вопрос не дает диагносту практически ничего, поскольку интерпретировать его можно разнообразно. Пациент мог подразумевать под «воздействием» как обычные человеческие переживания, события, людей, окружающих его, так и, к примеру, «энергетический вампиризм», воздействие инопланетян и т. д. Вопрос этот неточен и неоднозначен, следовательно, малоинформативен и является лишним.

Принцип доступности базируется на нескольких параметрах: словарном (лингвистическом), образовательном, культурном, культуральном, языковом, национальном, этническом и других факторах. Обращенная к пациенту речь должна быть ему понятна, должна совпадать с его речевой практикой, основанной на множестве традиций. Вопрос диагноста: «Не бывает ли у Вас галлюцинаций?» — может быть неправильно понят человеком, который впервые сталкивается с подобным научным термином. С другой стороны, если у пациента спросить, не слышит ли он голосов, то его понимание слова «голоса» может кардинально отличаться от понимания врачом того же термина. Доступность основывается на точной оценке диагностом статуса пациента, уровня его знаний, словарного запаса, субкультурных особенностей, жаргонной практики.

Одним из важных параметров интервью считается алгоритмизированность (последовательность) расспроса, основанная на знаниях диагноста в области сочетаемости психопатологических симптомов и синдромов; эндогенном, психогенном и экзогенном типах реагирования; психотического и непсихотического уровней психических расстройств. Врач-психиатр знает сотни психопатологических симптомов и, если он будет спрашивать о наличие каждого известного ему симптома, — это, с одной стороны, займет огромное количество времени и будет утомительным как для пациента, так и для врача; с другой, отразит некомпетентность диагноста. Последовательность строится на известном алгоритме психогенеза: на основании предъявления первых жалоб больными, рассказе его родственников, знакомых или на основании непосредственного наблюдения за его поведением формируется первая группа симптомов. Далее опрос охватывает выявление

симптомов и синдромов, сочетающихся с уже выявленными, затем вопросы должны быть направлены на оценку типа реагирования (эндогенного, психогенного или экзогенного), уровня расстройств и этиологические факторы. К примеру, если первыми удается выявить наличие слуховых галлюцинаций, то дальнейший расспрос строится по следующей схеме-алгоритму: оценка характера галлюцинаторных образов (количество «голосов», их осознаваемость и критичность, речевые особенности, определение места расположения источника звука по мнению пациента, время появления и т.д.) — степень эмоциональной вовлеченности — степень критичности пациента к галлюцинаторным проявлениям — наличие расстройств мышления (бредовых интерпретаций «голосов») и далее в зависимости от квалификации описанных феноменов, подтверждение экзогенного, эндогенного или психогенного типов реагирования с помощью опроса о наличии, например, расстройств сознания, психосенсорных нарушений и других проявлений определенного круга расстройств. Кроме вышеописанного принцип последовательности подразумевает детальный расспрос в лонгитудинальном разрезе: очередность появления психических переживаний и их связь с реальными обстоятельствами. При этом важна каждая деталь рассказа, важен контекст событий, переживаний, интерпретаций.

Наиболее значимым являются принципы проверяемости и адекватности психиатрического интервью, когда для уточнения конгруэнтности понятий и исключения неверной интерпретации ответов врач задает вопросы типа: «Что Вы понимаете под словом "голоса", которые Вы слышите?» или «Приведите пример испытываемых "голосов"». При необходимости пациенту предлагается конкретизировать описание собственных переживаний.

Принцип беспристрастности — основной принцип феноменологически ориентированного психиатра-диагноста. Навязывание пациенту собственного представления о наличие у того психопатологической симптоматики на основании предвзято или небрежно проведенного интервью может происходить как по причине сознательной установки, так и на базе незнания принципов психиатрического интервью или слепой приверженности одной из научных школ.

Учитывая груз ответственности, в первую очередь морально-этической, лежащей на диагносте в процессе психиатрического интервью, нам кажется уместным привести основные этические положения Американской психологической ассоциации, касающиеся консультирования и интервьюирования:

1. Придерживаться конфиденциальности: уважать права клиента и его личную жизнь. Не обсуждать сказанное им во время интервью с другими клиентами. Если же Вы не сможете выполнить требования конфиденциальности, то необходимо сообщить об этом клиенту до разговора; пусть он сам решит, можно ли на это пойти. Если с Вами поделились информацией, содержащей сведения об опасности, грозящей клиенту или обществу, то этические предписания разрешают нарушить конфиденциальность ради безопасности. Однако надо всегда помнить, что, как бы то ни было, ответственность психотерапевта перед доверившимся ему клиентом всегда первична.

2. Осознайте пределы своей компетентности. Существует своего рода интоксикация, возникающая после того, как психолог изучит несколько первых методик. Начинающие психологи сразу пытаются глубоко копаться в душах своих друзей и своих клиентов. Это потенциально опасно. Начинающему психологу следует работать под наблюдением профессионала, искать совета и предложений по улучшению стиля работы. Первый шаг к профессионализму — осознание своих пределов.

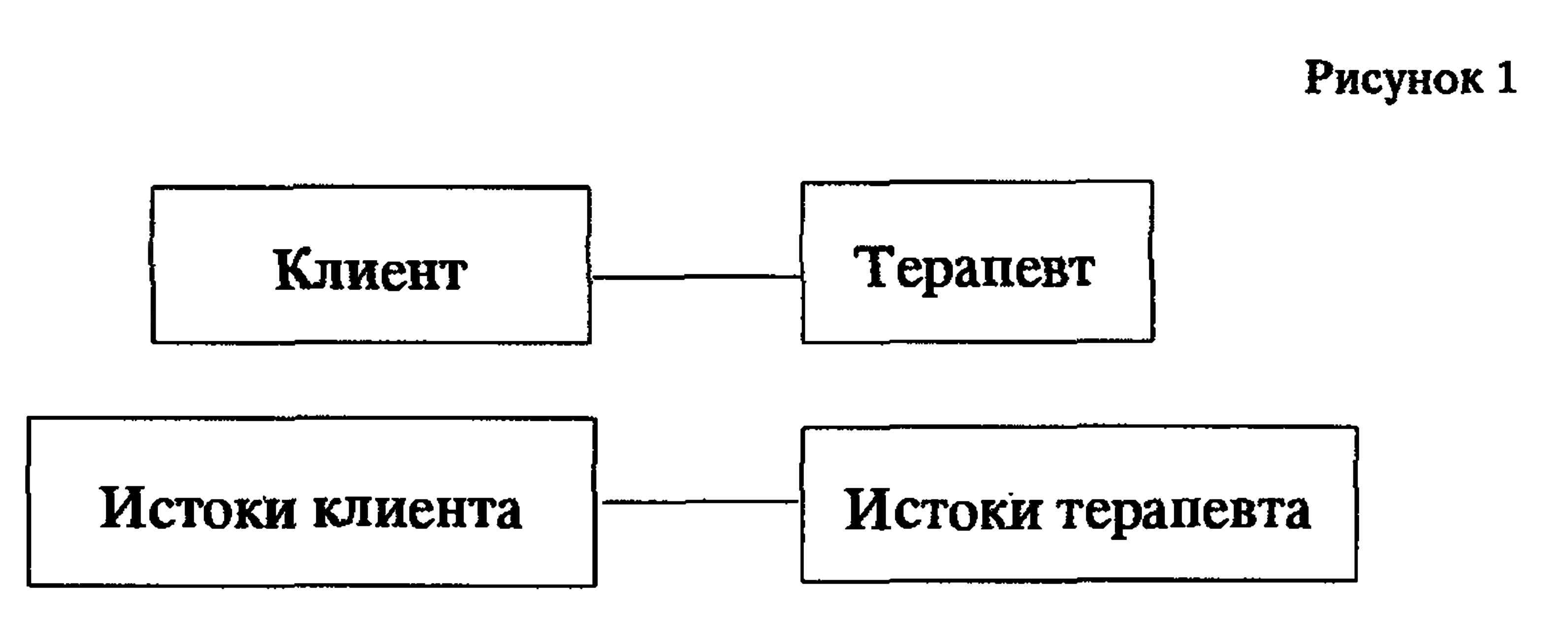
3. Избегайте расспрашивать о несущественных деталях. Начинающий психолог заворожен деталями и «важными историями» своих клиентов. Иногда он задает очень интимные вопросы о сексуальной жизни. Для начинающего или неумелого психолога характерно то, что он придает большое значение деталям из жизни клиента и одновременно пропускает то, что клиент чувствует и думает. Консультирование предназначено прежде всего для пользы клиента, а не для увеличения вашего объема информации.

4. Относитесь к клиенту так, как вы хотели бы, чтобы относи- лись к Вам. Поставьте себя на место клиента. Каждый хочет, чтобы к нему относились с уважением, щадя его чувство собственного достоинства. Глубокие отношения и разговор по душам начинается после того, как клиент понял, что его мысли и переживания Вам близки. Отношения доверия развиваются из способности клиента и консультанта быть честными.

5. Принимайте во внимание индивидуальные и культурные различия. Можно сказать, что практика терапии и консультирования без учета того, с какой культурной группой Вы имеете дело, вообще нельзя назвать этической практикой. Достаточно ли Вы подготовлены для того, чтобы работать с людьми, отличающимися от Вас?

Современное положение в обществе позволяет говорить о потенциально или явно существующих конфликтах в сфере общения. Психиатрическое интервью в этом отношении не является исключением. Потенциальные психологические сложности при проведении интервью возможны на разных уровнях — вчера они захватывали одну область; сегодня — вторую; завтра — могут распространиться на третью. Без доверительной атмосферы, терапевтической эмпатии между врачом и пациентом невозможно квалифицированное интервьюирование, постановка диагноза и психотерапевтический эффект. В теории Жака Лакана (цит. по А. Айви, 1987) делается предположение, что интервью — это не просто отношения между двумя людьми, физически присутствующими на сеансе. Это еще и взаимоотношение культур. То есть в процесс консультирования вовлечены как минимум четверо, и то, что мы принимали за беседу терапевта и клиента, может оказаться процессом взаимодействия между их культурно-историческими корнями. Следующий рисунок иллюстрирует точку зрения Ж.Лакана:

Рисунок 1

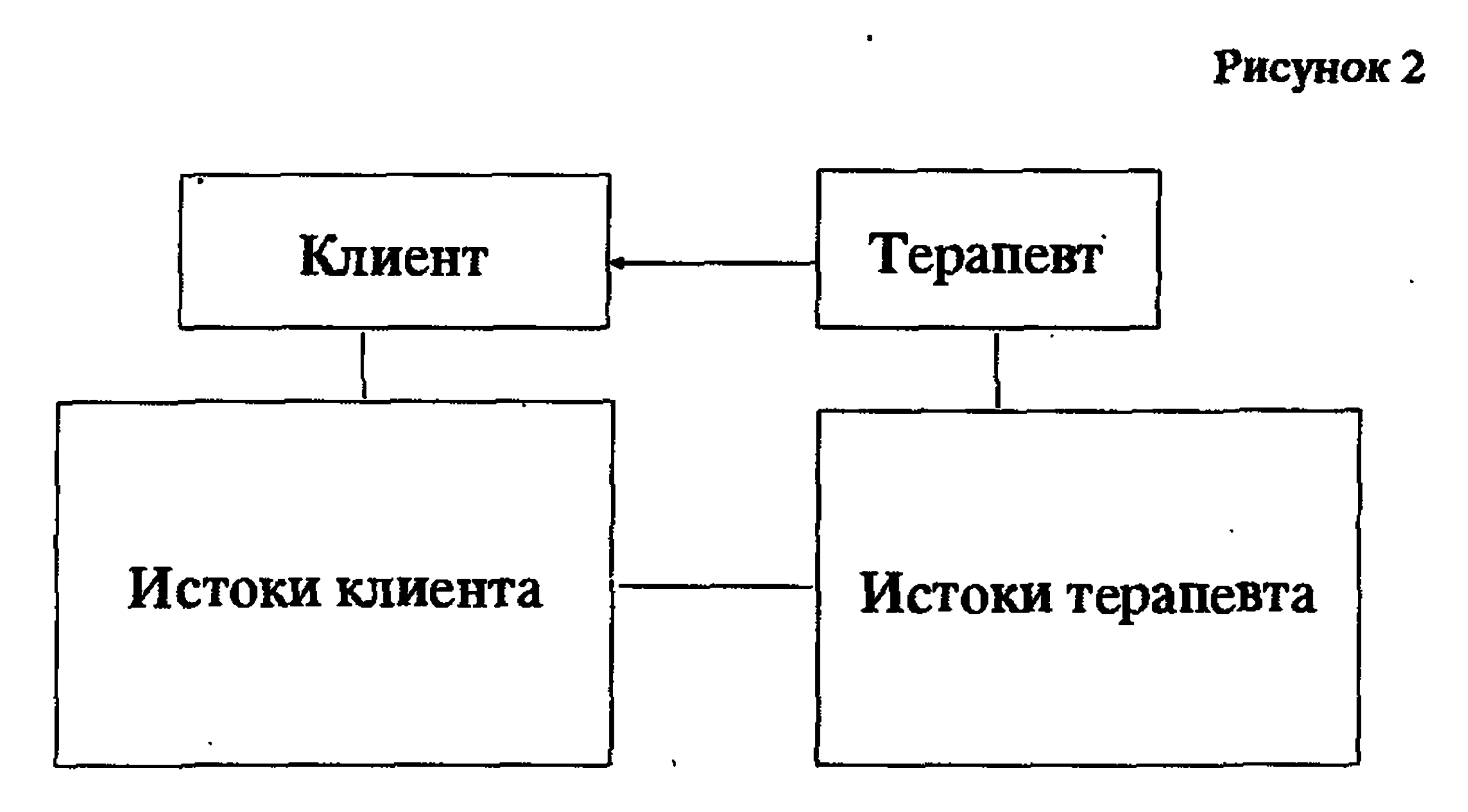


Отметим, что консультирование — предмет более сложный, чем просто выдача клиенту рекомендаций. Культурная принадлежность всегда должна учитываться. На приведенном рисунке терапевт и клиент — это то, что мы видим и слышим в процессе интервью. «Но никто не может уйти от своего культурного наследства. Некоторые психологические теории имеют тенденцию к антиисторизму и недооценивают влияние культурной принадлежности на клиента. Они фокусируются в основном на отношениях клиент- психолог, опуская более интересные факты их взаимодействия...» (Ж. Лакан, 1966, 1967).

Шнайдерман (1983) утверждал, что «тот, кто стремится стереть культурные различия и создать общество, в котором не существует чужеродность, идет к отчуждению... Моральное отрицание чужеродности — это расизм, вряд ли можно в этом сомневаться».

Эмпатия требует, чтобы мы понимали как личную неповторимость, так и «чужеродность» (культурно-исторический фактор) своего клиента. Исторически эмпатия фокусировалась на личной неповторимости, а второй аспект оказался забытым. Например, для психологов США и Канады характерно ожидание, что все клиенты независимо от их культурной принадлежности, будут одинаково реагировать на одно и то же лечение (А. Айви, 1987). Если исходить из концепции Лакана, то подобная терапия выглядит так:

Рисунок 2



Таким образом, культурно-историческое влияние отражено в этом интервью, но клиент и психолог не осознают этих проблем, отключены от них.

В этом примере клиент осознает специфику своей культурной принадлежности и учитывает ее в своих планах на будущее. Психолог, однако, исходит из теории, основанной на индивидуальной эмпатии и не обращает внимания на это важное обстоятельство. Кроме того, клиент видит в консультанте только культурный стереотип. «Такой пример — отнюдь не исключение из правил, и многие небелые клиенты, пытавшиеся получить консультацию у неквалифицированного белого психотерапевта, с готовностью подтвердят это» (А.Айви, 1987).

В идеальном варианте оба — психолог и клиент — осознают и используют культурно-исторический аспект. Эмпатию же нельзя

считать необходимым и достаточным условием, если не уделять внимания и культурному аспекту.

Модель Лакана дает дополнительный импульс для построения определенного уровня эмпатии. Иногда клиент и психолог полагают, что они говорят друг с другом, тогда как на самом деле они являются только пассивными наблюдателями того, как взаимодействуют две культурные установки.

В процессе психиатрического интервью, как показывает опыт и подтверждает теория Лакана, могут сталкиваться такие составляющие историко-культурных баз врача и пациента как: пол, возраст, религиозные убеждения и вероисповедание, расовые особенности (в современных условиях — национальность); сексуальные предпочтения ориентаций. Эффективность интервью в этих случаях будет зависеть от того, как врач и пациент с различными убеждениями и особенностями найдут общий язык, какой стиль общения предложит диагност для создания атмосферы доверия. Сегодня мы сталкиваемся с относительно новыми проблемами в области психиатрического действа. Пациенты зачастую не доверяют врачам, а врачи — пациентам только на основании различий по национальному, религиозному, сексуальному (гетеро-, гомосексуалист) признакам. Врач должен ориентироваться на текущую ситуацию в области этнокультуральных взаимоотношений и выбирать гибкую тактику общения, избегающую обсуждения острых глобальных и немедицинских проблем, в частности национальных, религиозных, тем более не навязывать своей точки зрения по этим вопросам.

Описанные принципы психиатрического интервью отражают базовые знания, теоретическую платформу, на которой строится весь процесс интервьюирования. Однако не подкрепленные практическими процедурами принципы останутся незадействованными.

Существуют различные методологические подходы к проведению интервью. На основании собственного клинического опыта и анализа наблюдений за клиническими разборами наиболее квалифицированных психиатров-диагностов можно предложить следующую модель психиатрического интервью:

I этап: Установление «доверительной дистанции». Ситуативная поддержка, предоставление гарантий конфиденциальности; определение доминирующих мотивов проведения интервью.

II этап: Выявление жалоб (пассивное и активное интервью), оценка внутренней картины — концепции болезни; структурирование проблемы.

III этап: Оценка желаемого результата интервью и терапии; определение субъективной модели здоровья пациента и предпочтительного психического статуса.

IV этап: Оценка антиципационных способностей пациента; обсуждение вероятных варианов исхода заболевания (при его обнаружении) и терапии; антиципационный тренинг.

Приведенные этапы клинического психиатрического интервью дают представление о существенных пунктах, обсуждаемых в процессе встречи врача и больного. Эта схема может использоваться при каждой беседе, однако следует помнить, что удельный вес — время и усилия, отводимые на тот или иной этап — различны в зависимости от очередности встреч, эффективности терапии, уровня наблюдаемых психических расстройств и некоторых иных параметров. Понятно, что при первом интервью преобладающими должны являться первые три этапа, а при последующих — четвертый. Особо следует учитывать уровень психических расстройств пациента (психотический-непсихотический); добровольность или принудительность интервью; критичность больного; интеллектуальные особенности и способности, а также реальную окружающую его ситуацию.

Первый этап психиатрического интервью («установление доверительной дистанции») можно определить как активное интервью. Он является наиболее важным и трудным. Первое впечатление пациента способно решить дальнейший ход интервью, его желание продолжать беседу, пойти на раскрытие интимных подробностей. Общение врача с пациентом начинается не с набившего оскомину формального: «На что жалуетесь?», а с ситуативной поддержки. Интервьюер берет нить разговора в свои руки и, мысленно поставив себя на место пациента, впервые обратившегося к психиатру (тем более в психиатрическую больницу), прочувствовав драматизм ситуации, страх обратившегося быть признанным душевнобольным или понятым превратно или поставленным на учет, помогает тому начать разговор. Обычно эффективным для установления «доверительной дистанции» — психологического комфорта оказывается высказывания типа: «Я понимаю, как это непросто обратиться к психиатру, тем более в такое заведение, как психиатрическая лечебница. Мне, наверное, не стоит говорить о

том, что все, о чем Вы захотите поделиться со мной о себе и своих переживаниях, останется между нами». На дальнейших этапах желательно подтверждать (напоминать) пациенту свои гарантии конфиденциальности, но не прямо, а косвенно. Например, вопросы, существенные для понимания состояния пациента, следует начинать со слов: «Если не секрет, не могли бы Вы рассказать подробнее о ...» или «Ваше право не говорить мне о ...»; «Если Вам не хочется обсуждать эту тему, мы могли бы перейти к другой». Подобными речевыми, основанными на этических принципах, способами возможно быстрое и эффективное установление нужной «душевной волны» между врачом и пациентом при условии, что за техникой коммуникации будет стоять искреннее желание разобраться в состоянии пациента, помочь ему, а не манипулирование. Кроме этого, на первом этапе врач должен выявить доминирующие мотивы обращения к психиатру, составить первое впечатление об уровне критичности интервьюируемого к себе и психическим проявлениям. Эта цель достигается с помощью вопросов типа: «Кто был инициатором Вашего обращения к психиатру?», «Ваш приход на беседу с психиатром — это Ваше собственное желание или Вы сделали это для успокоения родственников (знакомых, родителей, детей, начальства)?»; «Знает ли кто-нибудь о том, что Вы собирались обратиться к специалисту?»

Даже при беседе с больным с психотическим уровнем расстройств целесообразно начать интервью с предоставления гарантий конфиденциальности. Нередко эффективными для дальнейшего разговора с такими больными оказываются фразы типа: «Вы, наверное, знаете, что можете отказаться от разговора со мной как с психиатром?» В подавляющем большинстве случаев данная фраза не вызывает желания уйти из кабинета врача, а наоборот оказывается приятным откровением для пациента, который начинает чувствовать свободу распоряжаться информацией о себе и при этом становится более открытым для общения.

Активная роль врача на этом прерывается и наступает этап пассивного интервью. Больному предоставляется время и возможность предъявить жалобы в той последовательности и с теми подробностями и комментариями, которые он считает нужными и важными. Врач при этом выполняет роль внимательного слушателя, лишь уточняющего особенности проявлений заболевания пациента. Чаще всего методика выслушивания включает в себя следующие способы (таблица 1).

Таблица 1

Основные этапы диагностического выслушивания
(по А. Айви)

Методика	**Описание**	***Функция* в процессе беседы**
Открытые вопросы	«Что?» — выявляет факты; «Как?» — чувства; «Почему» — причины; «Можно ли?» — общую картину	Используются для выяснения основных фактов и облегчают разговор
Закрытые вопросы	Обычно включают в себя частицу «ли», на них можно ответить кратко	Дают возможность выявить особые факты, сокращают слишком длинные монологи
Поощрение (поддержка)	Повторение нескольких ключевых фраз клиента	Поощряет детальную разработку специфических слов и их смысла
Отражение чувства	Обращает внимание на эмоциональное содержание интервью	Проясняет эмоциональную подоплеку ключевых фактов, помогает открывать чувства
Пересказ	Повторение сущности слов клиента и его мыслей, используя его ключевые слова	*Активизирует обсуждение*, показывает уровень понимания
Резюме	В сжатом виде повторяет основные факты и чувства клиента	Полезно повторять периодически во время интервью. Обязательно в конце встречи

Вопросы, задаваемые врачом, направляются на оценку внутренней картины и концепции болезни, т. е. выявления представлений пациента о причинах и поводах возникновения у него тех или иных симптомов. При этом производится структурирование проблемы, которая остается фрустрирующей на момент интервью. Здесь же диагност задает всевозможные вопросы, касающиеся анализа психического состояния, основываясь на известных диагностических алгоритмах.

Кроме выслушивания врач во время интервью должен использовать и элементы воздействия (А. Айви соавт., 1987)

Таблица 2

Методы воздействия

Метод	Описание	Функции во время беседы
Интерпретация	Задает новые рамки, в которых клиент может увидеть ситуацию	Попытка дать возможность клиенту по-новому увидеть ситуацию — альтернативное восприятие реальности, что способствует изменению взглядов, мыслей, настроения и поведения
Директива (указание)	Говорит клиенту, какое действие предпринять. Может быть просто пожеланием или техникой	Ясно показывает клиенту, какого действия психолог от него хочет
Совет (информация)	Дает пожелания, общие идеи, домашние задания, совет о том, как действовать, думать, вести себя	Умеренно используемые советы дают клиенту полезную информацию
Самораскрытие	Психолог делится личным опытом и переживаниями, либо разделяет чувства клиента	Тесно связан с приемом обратной связи, построен на «Я-предложениях». Способствует установлению раппорта
Обратная связь	Дает клиенту возможность понять, как его воспринимает психолог, а также окружающие	Дает конкретные данные, которые помогают клиенту понять, как его осознать, как другие воспринимают его поведение и стиль мышления, что создает возможность самовосприятия
Логическая последовательность	Объясняет клиенту логические следствия его мышления и поведения. «Если...то»	Дает клиенту иную точку отсчета. Этот метод помогает людям предвидеть результаты их действий
Воздействующее резюме	Часто используется в конце беседы, чтобы сформулировать суждения психолога. Часто используются в комбинации с резюме, делаемым клиентом	Проясняет, что психолог и клиент добились за время беседы. Подводится итог того, что сказал терапевт. Призвано помочь клиенту перенести эти обобщения из интервью в реальную жизнь

Следующий (Ш) этап психиатрического интервью направлен на выявление представлений пациента о возможном и желаемом

результате интервью и терапии. Больного спрашивают: «От чего из того, что Вы мне рассказали, Вам хотелось бы избавиться в первую очередь? Как Вы представляли себе до прихода ко мне нашу беседу и что Вы ждете от нее? Как Вы думаете, чем бы я мог Вам помочь?» Последний вопрос нацеливает на выявление предпочтительного для пациента способа терапии. Ведь не редки случаи, когда больной после предъявления врачу жалоб (часто разнообразных и субъективно тяжелых) отказывается от лечения, ссылаясь на то, что принципиально не принимает никаких лекарств, скептически относится к психотерапии или вообще не доверяет врачам. Подобные ситуации указывают на искомый психотерапевтический эффект от самого интервью, от возможности высказаться, быть услышанным и понятым. Этого оказывается в некоторых случаях достаточным для определенной части обращающихся за консультацией к психиатру. Ведь нередко человек приходит к врачу (особенно психиатру) не за диагнозом, а для того, чтобы получить подтверждение собственным убеждениям о своем психическом здоровье и уравновешенности.

На четвертом заключительном этапе психиатрического интервью вновь активная роль переходит к интервьюеру. Основываясь на выявленной симптоматике, имея представление пациента о концепции болезни, зная чего ожидает больной от лечения, врач-интервьюер направляет интервью в русло антиципационного тренинга. Как правило, невротик страшится думать и даже обсуждать с кем бы то ни было возможные печальные исходы существующих для него конфликтных ситуаций, вызвавших обращение к врачу и заболевание. Антиципационный тренинг, который основан на антиципационной концепции неврозогенеза (В.Д.Менделевич, 1992), направлен, в первую очередь, на додумывание пациентом самых негативных последствий его болезни и жизни. К примеру, при анализе фобического синдрома в рамках невротического регистра целесообразно задавать вопросы, в следующей последовательности: «Чего именно Вы страшитесь? — Что-то плохое должно произойти. — Как Вы предполагаете и чувствуете, с кем это плохое должно произойти: с Вами или с Вашими близкими? — Я думаю со мной. — Что же именно, как Вам кажется? — Я боюсь умереть. — Что означает для Вас смерть? Чем она страшна? — Не знаю. — Я понимаю, что это неприятное занятие — думать о смерти, однако прошу Вас подумайте, чего именно Вы боитесь в смерти? Я попробую Вам помочь. Для одного человека смерть — это небытие, для

другого страшна не сама смерть, а связанные с ней страдания, боли; для третьего она означает, что дети и близкие окажутся в случае смерти беспомощными и т. д. Какое Ваше мнение об этом? ... »

Подобный прием в рамках психиатрического интервью выполняет как функцию более точной диагностики состояния пациента, проникновение в тайное тайных его болезни и личности, так и терапевтическую функцию. Нами подобный прием назван антиципационным тренингом. Его можно считать патогенетическим способом терапии невротических расстройств. Использование этого способа при интервьюировании больных с психотическими нарушениями выполняет одну из функций интервью — в большей степени проясняет диагностические горизонты, чем и оказывает терапевтический эффект.

Психиатрическое интервью состоит из вербальных (описанных выше) и невербальных способов, особенно на втором этапе. Наряду с опросом пациента и анализом его ответов, врач может распознать массу важной информации, необлаченной в словесную форму.

Язык мимики и жестов — это тот фундамент, на котором основывается консультирование и интервьюирование (Харпер, Вьенс, Матараззцо, 1978; А.Айви, 1987).

Невербальный язык, по мнению последнего автора, функционирует на трех уровнях:

- Условия взаимодействия: например, время и место беседы, оформление кабинета, одежда и другие важные детали, большинство из которых влияет на характер взаимоотношений между двумя людьми;
- Информационный поток: например, важная информация часто приходит к нам в форме невербальной коммуникации, но гораздо чаще невербальная коммуникация модифицирует смысл и переставляет акценты в словесном контексте;
- Интерпретация: каждый индивид, принадлежащий к любой культуре, имеет совершенно разные способы интерпретации невербальной коммуникации. То, что воспринял из невербального языка один, может в корне отличаться от того, что понял другой.

Обширные исследования в западной психологической науке по изучению навыков слушания показали, что стандарты визуального контакта, наклона туловища, средний тембр голоса могут совершенно не годиться в общении с некоторыми клиентами. Когда врач работает с депрессивным больным или с человеком, говоря-

щим о деликатных вещах, визуальный контакт во время взаимодействия может быть неуместным. Иногда мудрым решением будет отвести взгляд от говорящего.

Визуальный контакт. Не забывая о культуральных различиях, следует все же отметить важность того, когда и почему индивид перестает смотреть вам в глаза. «Именно движение глаз — ключ к тому, что происходит в голове клиента, — считает А.Айви. — Обычно визуальный контакт прекращается, когда человек говорит на щекотливую тему. Например, молодая женщина может не смотреть в глаза, когда говорит об импотенции партнера, но не тогда, когда говорит о своей заботливости. Это может быть реальным знаком того, что она бы хотела сохранить взаимоотношения с любовником». Тем не менее, чтобы точнее вычислить значение изменения невербального поведения или визуального контакта, требуется не одна беседа, в противном случае велик риск сделать ошибочные выводы.

Язык тела. По этому параметру естественно различаются представители разных культур. Разные группы вкладывают неодинаковое содержание в одни и те же жесты. Считается, что наиболее информативным в языке тела является изменение наклона туловища. Клиент может сидеть естественно, и затем, без всякой видимой причины сжать ладони, скрестить ноги или сесть на край кресла. Часто эти вроде бы незначительные изменения являются индикаторами конфликта в человеке.

Интонация и темп речи. Интонация и темп речи человека может столько же сказать о нем, особенно о его эмоциональном состоянии, сколько и вербальная информация. То, насколько громко или тихо произносятся предложения, может служить индикатором силы чувств. Быстрая речь обычно ассоциируется с состоянием нервозности и гиперактивностью; в то время как замедленная речь может свидетельствовать о вялости и депрессии.

В нашей работе мы нередко ссылаемся на книгу «Консультирование и психотерапия» известных американских исследователей психологов Аллана Е. Айви, Мэри Бредфорд Айви и Линн Саймек-Даунинг, считая эту монографию классическим пособием в области психологического консультирования. Некоторые принципиальные параметры можно экстраполировать на психиатрическое интервью. Однако многие аспекты требуют коррекции и адаптации к клиническим условиям, что мы и пытаемся сделать при анализе психиатрического интервьюирования. Отметим вслед за А. Айви и его коллегами значимость таких параметров,

как построение речи в процессе интервью. По данным этих авторов, то, как люди строят предложения, является важным ключом к пониманию их восприятия мира. Например, предлагается ответить на вопрос: «Что Вы скажете контролеру, когда он начнет проверять наличие билетов, а Вы окажетесь в затруднительном положении?»: а) билет порван, б) я порвал билет, в) машина порвала билет или г) что-то произошло.

Объяснение даже такого незначительного события может послужить ключом к пониманию того, как человек воспринимат себя и окружающий мир. Каждое из вышеприведенных предложений соответствует действительности, но каждое иллюстрирует различное мировоззрение. Первое предложение — просто описание того, что случилось; второе — демонстрирует человека, берущего ответственность на себя, и указывает на внутренний локус контроля; третье представляет внешнее управление, или «Я не делал этого», и четвертое указывает на фаталистическое, даже мистическое мировосприятие.

Анализируя структуру предложений, мы можем прийти к важному выводу относительно психотерапевтического процесса: слова, которыми оперирует человек, описывая события, часто дают о нем больше информации, чем само событие. Грамматическая структура предложений тоже индикатор личностного мировоззрения.

Талантливые исследования и наблюдения Ричарда Бендлера и Джона Гриндера — основоположников нейролингвистического программирования — акцентировали внимание психологов и психотерапевтов на лингвистических аспектах диагностики и терапии. Впервые было отмечено значение используемых пациентом (клиентом) слов и построения фраз в процессе понимания структуры его мыслительной деятельности, а значит и личностных особенностей. Ученые заметили, что люди по-разному рассказывают о сходных явлениях. Один, к примеру, скажет, что «видит», как его супруг к нему плохо относится; другой применит слово «знаю»; третий — «чувствую» или «ощущаю»; четвертый — скажет, что супруг не «прислушивается» к его мнению. Подобная речевая стратегия указывает на преобладание определенных репрезентативных систем, наличие которых необходимо учитывать с целью «подключения» к пациенту и создания истинного взаимопонимания в рамках интервью.

По данным Д. Гриндера и Р. Бендлера (1975) существует три типа рассогласований в структуре речи интервьюируемого, которые могут служить для изучения глубинной структуры человека:

вычеркивание, искажение и сверхобобщение. Вычеркивание может проявляться в таких предложениях, как «Я боюсь». На вопросы типа «Кого или чего Вы боитесь?», «По какой причине?», «В каких ситуациях?», «Испытываете ли Вы страх сейчас?», «Этот страх реален или его причины ирреальны?» — ответов обычно не поступает. Задачей психолога является «развернуть» краткое утверждение о страхе, развить полную репрезентативную картину затруднений. Во время этого процесса «заполнения вычеркнутого» могут появиться новые поверхностные структуры. Искажения можно, по мнению авторов, определить как неконструктивное или неверное предложение. Эти предложения искажают реальную картину происходящего. Классическим примером этого может служить предложение типа: «Он делает из меня сумасшедшего», в то время как истина заключается в том, что человек, «делающий безумным другого», ответственен только за свое поведение. Более правильным будет утверждение типа: «Я очень сержусь, когда он делает это». В этом случае клиент берет на себя ответственность за свое поведение и начинает сам контролировать направление своих действий. Искажения часто развиваются из вычеркивания на поверхностной структуре предложения. На более глубоком уровне внимательное изучение жизненной ситуации клиента выявляет множество искажений реальности, существующих в его сознании. Сверхобобщения возникают тогда, когда клиент делает далеко идущие выводы, не имея для этого достаточных оснований. Сверхобобщение часто сопровождается искажениями. Слова, сопровождающие сверхобобщения, обычно следующие: «все люди», «вообще все», «всегда», «никогда», «то же самое», «постоянно», «вечно» и прочие.

Использование вербальной и невербальной коммуникации способствует более точному пониманию проблем пациента и позволяет создать обоюдоблагоприятную ситуацию во время психиатрического интервью.

Завершая главу, посвященную принципам и процедурам интервьюирования в психиатрии, подчеркнем, что считаем способности врача-психиатра в этой области основополагающими для формирования квалифицированности, а их отсутствие как характеристику профнепригодности, приводящей к гипо- и гипердиагностическим тенденциям клинициста.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Айви А., Айви М., Саймек-Дайнинг Л. / Консультирование и психотерапия., 1987.
Пезешкиан Н. / Позитивная семейная психотерапия. М., 1993.

ГЛАВА 2

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

В диагностическом плане психиатрия является одной из наиболее сложных клинических медицинских дисциплин. Связано это с целым рядом как объективных, так и субъективных факторов. К числу объективных можно отнести частое видоизменение клинической картины психических заболеваний, фабулы психических расстройств, симуляцию и диссимуляцию душевных болезней, отсутствие способов верификации диагноза, невозможность в некоторых случаях непосредственно наблюдать острое психическое расстройство и получить объективные сведения. Субъективные факторы базируются, в первую очередь, на личностных качествах врача-исследователя, уровне развития его профессиональных знаний и навыков, добросовестности, особенностях характера и даже его моральном облике, интеллигентности и широте мировоззрения, житейских установок, образованности.

Для того, чтобы правильно оценить неадекватность действий испытуемого, врач-психиатр обязан отбросить предрассудки, личные симпатии и антипатии, избежать обывательского взгляда на происходящие события. Но при этом диагност обязан быть в курсе социальных, философских, нравственных, культурных, национальных, этнических и иных особенностей личности, общества, коллектива, группы, в которой проживает обследуемый.

В представленной главе руководства анализируются объективные факторы, затрудняющие диагностику психических болезней, даны пути построения диагностического поиска с целью избежать ошибок при распознавании душевных заболеваний. Мы сочли возможным

не освещать в этой главе субъективные факторы, нарушающие диагностический процесс, постарались избежать менторского тона при обсуждении интересующих нас вопросов. Однако считаем вправе сослаться на следующую максиму — врач имеет право лишь на объективно обусловленную ошибку, поскольку субъективная ошибка выходит за рамки собственно ошибки как заблуждения, преобразуясь посредством халатности, невнимательности и небрежности врача в искажение фактов — обман.

Отрадный факт мизерной смертности от психических заболеваний привел к некоторой девальвации диагностических, а иногда и терапевтических и тактических ошибок. К сожалению, показатель низкой смертности от душевных заболеваний оборачивается зачастую своей негативной стороной, притупляет бдительность диагноста, делает его в собственных глазах безгрешным. Усугубляется все и существованием различных психиатрических школ, трактующих одни и те же психические проявления не только как различные нозологические формы, но и смешивая подчас норму и патологию. Свою лепту в этот негативный процесс вносит и безоговорочное признание психических болезней хроническими, также как и отсутствие достаточно четких критериев выздоровления или становления ремиссии заболеваний.

Постепенно размывается граница между квалифицированным психиатром, умеющим хорошо диагностировать и правильно лечить, и тем, кто своими неправильными назначениями «лишь не вредит больному» (хотя и подобное «не вредит» так же относительно, т. к. учитывая, что затягивание лечения, размывание симптомов и перевод болезни на субклинический уровень может рассматриваться как негативный результат терапии). Психиатров их пациенты делят чаще не на «квалифицированных» и «неквалифицированных», а на «хороших» и «плохих», «приятных в общении, добрых, способных сопереживать» или нет. Квалифицированность врача-психиатра практически не поддается в настоящее время объективной оценке.

Среди объективных факторов, затрудняющих правильную диагностику психических заболеваний, одно из первых мест занимает видоизменение психических расстройств, обусловленное не столько биологическими пертурбациями, сколько социально-историческими нормативами эпохи, общественного строя, негласными микросоциальными законами морали и нравственности. Как это ни звучит парадоксально, но это соответствует действительности — больной с бронхитом, живший в XV веке, практиче-

ски не отличается по симптоматике заболевания от нашего современника. В то же время, душевнобольные со сходными заболеваниями, живущие в одно и то же время могут различаться в проявлениях болезни кардинально.

Психические болезни качественно отличаются от любых иных, т.к. в их структуре тесно переплетаются общие закономерности болезненного процесса и сугубо индивидуальные особенности человека. Важное значение имеет уровень развития его интеллекта, свойства памяти и восприятия, эмоциональность. Не последнюю роль играют возрастные особенности психики. Даже склонности и интересы могут изменить клиническую картину душевной болезни.

Считается, что каждый человек — дитя своего века. В том смысле, что он живет интересами современников, находится в гуще событий, разбирается в новейших научно-технических открытиях, следует нормам морали, принятой в том обществе, где он проживает. Психические болезни рядятся в современную одежду. Они всегда идут в ногу со временем. Так, до развития космонавтики космическая тема редко звучала в устах больных, ее заменяла религиозная тематика. Отмечались исторические периоды, когда практически исчезли больные, высказывающие бредовые идеи одержимости бесом. Гипнотическое воздействие внедрилось в клинику психических болезней лишь после того, как этот феномен был открыт Месмером и Бредом, а об экстрасенсах душевнобольные заговорили не раньше, чем эти идеи просочились в печать и их стали муссировать в различных полемиках.

В любой даже самой сложной психопатологической симптоматике можно усмотреть общечеловеческие переживания. Так, одним из наиболее распространенных в «большой» психиатрии является синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо, основой которого является убеждение больного в том, что он находится под постоянным наблюдением или во власти постороннего человека. Внешней формой синдром Кандинского-Клерамбо обязан обычной человеческой потребности во временном уединении. Учитывая, что человек постоянно под действием внешних факторов должен играть различные роли (например, отца, сына, мужа, подчиненного, начальника, пассажира и т. д.), необходимы ситуации, в которых ему нет нужды контролировать свое поведение. Отсутствие возможности уединения при постоянной публичности могут явиться причиной возникновения серьезных психических отклонений. Известно, что в условиях длительной изоляции нередко появляются переживания «откры-

тости мыслей» (В. И. Лебедев, 1989). Люди религиозно настроенные часто убеждены в том, что находятся под постоянным наблюдением «всевидящего ока».

Таким образом, во избежание диагностических ошибок и верного отделения психологических от психопатологических феноменов необходимо учитывать и такие факторы, как религиозность человека, деприваця, отсутствие возможности уединиться и т. д.

Психическая болезнь создает определенные рамки, каркас, на которые нанизывается весь багаж человеческих знаний. Это приводит к мысли о том, что внешние проявления душевного заболевания должны строго соотноситься с местом и временем действия. Те психические проявления, которые являются нормой сейчас, могли быть ранее и могут оказаться в последующем патологией и наоборот.

Не редки споры вокруг психиатрии между биологами и физиологами, с одной стороны, и философами, с другой. Масла в огонь обычно подливают первые, стоящие часто на позиции вульгарного материализма. Они убеждены, что любой психопатологический феномен должен иметь патофизиологическое объяснение.

Диагностические ошибки в клинической психиатрии нередко связаны с игнорированием этнической ситуации, культурных особенностей, а также с отношением общества в целом и отдельных его микросоциальных групп к душевнобольным. Обычная для мексиканца или итальянца экспрессивная манера поведения, обильное жестикулирование могут быть ошибочно приняты, например, скандинавским психиатром за проявление маниакального синдрома. С другой стороны, сдержанность в поведении, «безэмоциональность» представителя северных стран может показаться «странным» врачу из Африки или Латинской Америки, который сочтет ее психопатологическим признаком — аутизмом, апатией.

Необходимо учитывать, что каждый человек придерживается в общении с другими людьми определенного расстояния (в прямом смысле слова). Если кто-то из знакомых при разговоре имеет обыкновение подходить слишком близко, возникает непроизвольное чувство неловкости, неудобства. Эта особенность восприятия расстояния, по мнению Д. В. Колесова (1985), имеет не только индивидуальный и возрастной, а также и национальный характер. Американский лингвист Э.Холл приводит такой пример. Колумбиец или мексиканец часто находят, что североамериканец, с которым он разговаривает, держится холодно и отчужденно только

потому, что североамериканец не любит, чтобы до него дотрагивались, и отступает назад как раз тогда, когда колумбиец считает, что он подошел достаточно близко, чтобы заговорить. Для американца удобным расстоянием при разговоре будет 75 см, но для мексиканца это слишком далеко.

Психиатру необходимо знать во избежание гипердиагностики психических заболеваний и этнопсихологические особенности обследуемого.

Немаловажным остается и тот факт, что основные психические заболевания еще не нашли своих патофизиологических коррелятов, на основании которых могла бы появиться возможность верифицировать диагностику. К сожалению, патолого-анатомические исследования мозга душевнобольных способны в настоящее время ответить лишь на вопросы о наличии грубой органической патологии. Распознать же на препарате шизофрению или невроз, не говоря уже об отдельных формах и типах течения этих недугов, сегодня не представляется возможным.

Подтверждение диагноза в психиатрии возможно лишь с помощью длительных, многолетних катамнестических исследований. Они способны подтвердить правильность диагностического процесса. Однако подобный метод оценки достоверности не безгрешен, т. к. не может учесть такие факторы, как «самопроизвольные» ремиссии и выздоровления от психических заболеваний. Катамнестические исследования часто подтверждают диагноз тогда, когда на момент последнего обследования наблюдается ухудшение состояния больного, что позволяет утверждать, что диагност был прав, заподозрив тяжелое заболевание (чаще всего шизофрению). В случаях же выздоровления или становления длительной ремиссии исследователь нередко остается в неведении относительно истинного диагноза. Незаменимым в психиатрии остается опыт врача, способного на основании сравнения клинических случаев болезни правильно диагностировать заболевание и оценить возможный прогноз.

В психиатрии, наряду с риском ошибки не распознать заболевание, существует и риск обнаружить болезнь там, где ее в действительности нет. Гипердиагностика не менее, а зачастую и более опасна, чем гиподиагностика, так как влечет за собой применение исключительных мер психиатрической помощи по отношению к здоровому человеку вплоть до неотложной госпитализации. Если в отношении душевнобольного эти меры оправданы, поскольку направлены на охрану здоровья и жизни окружающих и

самого пациента, то применение их к человеку здоровому в психическом плане противоправно.

Проблема гипердиагностики опасна в большей степени социальными последствиями нежели медицинскими. Перестраховка врача может способствовать коренной ломке всей жизни человека вследствие социального значения психиатрического диагноза. Мнимый пациент попадает в ситуацию, ограничивающую свободу его действий, может быть признан недееспособным и даже невменяемым.

Пристальное внимание ученых к проблеме диагностики в клинической психиатрии и анализу встречающихся ошибок объясняется всеми вышеперечисленными фактами.

Процесс диагностики психических заболеваний является одним из наиболее интересных и сложных разделов современной психиатрии. Диагностический поиск психиатра сродни расследованию следователя — важен любой самый незначительный факт, значим каждый жест, слово, действие больного. Установление диагноза психического заболевания осложняется склонностью больных к диссимиляции болезненных проявлений, попытками скрыть свои истинные намерения, мысли, переживания.

Ниже приводятся принципы конструирования психиатрического диагноза, этапность диагностического поиска, описаны типичные диагностические ошибки, знание которых приведет исследователя к верной оценке психического состояния человека. Руководством можно пользоваться и в случаях, когда выявленный психопатологический симптом не понятен в плане его нозологической специфичности. С целью закрепления усвоенных принципов конструирования психиатрического диагноза приводятся выписки из историй болезни с разбором клинических случаев и примерным построением этапности диагностического поиска в каждом отдельном случае.

а) Обследование психически больного

С момента появления первых научных исследований в области психиатрии одним из основных являлся вопрос о выработке достоверных критериев для отграничения нормальной психической деятельности от патологической. До настоящего времени не потерял своего значения описанный столетия назад основной метод исследования отклонений психической деятельности — клинико-описательный психопатологический, основанный на непосредственном наблюдении за больным, анализе его высказываний и

поступков, получении анамнестических сведений с помощью тщательного и целенаправленного расспроса больного, его родственников и близких знакомых. Так называемые объективные методы исследования (биохимические, электрофизиологические, экспериментально-психологические и др.) в вопросах диагностики психических заболеваний играли и играют второстепенную роль. Только с помощью клинического исследования с позиций современных представлений об этиологии и патогенезе возможна правильная диагностика психических заболеваний.

В своей практической деятельности врач встречается с трудностями постановки диагноза и со случаями расхождения в диагнозе. Не секрет, что такие случаи встречаются настолько часто, что трудно сказать, представляют ли они собой правило или исключение.

«Диагноз — это результат установления логического подчинения болезненных проявлений, отклонений от нормы, которые отмечаются у индивида, понятием болезни; тем самым создается возможность рассматривать их в рамках нозологической системы как "случай какой-то болезни"» (Г. Мюллер, 1973).

Отечественная психиатрическая школа придерживается нозологического принципа диагностики психических болезней, разработанного Э.Крепелином в 1883 году. Согласно воззрениям Э.Крепелина, каждая отдельная болезнь представляет собой нозологическую единицу, которая должна отвечать следующим требованиям: единая причина, одинаковые проявления, течение, исход и анатомические изменения. Психопатологических состояний (синдромов) вне нозологических самостоятельных болезней не существует. Учитывая тот факт, что при некоторых психических заболеваниях клинические картины могут носить сходный характер, нозологическая самостоятельность болезни определяется в большей степени совокупностью особенностей ее развития, т. е. собственным патогенезом. Вследствие этого для целей диагностики (конструирования диагноза) в психиатрии используется также изучение динамических особенностей (характера течения) заболевания — лонгитудинальные исследования для установления так называемого диагноза течения психического заболевания.

Понятие психической болезни не исчерпывается психозами. «Психозами» обозначаются лишь выраженные формы психических нарушений, т. е. такие патологические состояния психической деятельности, при которых психические реакции грубо противоречат реальным отношениям (И. П. Павлов), что и обнаруживается в расстройстве отражения реального мира и дезорга-

низации поведения. К психическим болезням в широком понимании, помимо психозов, относятся и более «легкие» расстройства психики, не сопровождающиеся выраженным нарушением отражения реального мира и существенным изменением поведения. Они включают неврозы, психопатии, умственное недоразвитие и не достигающие степени психоза психические нарушения различного генеза, например, обусловленные органическими заболеваниями головного мозга, соматогениями, интоксикациями и т. п. С.С.Корсаков в свое время писал, что психиатрия представляет собой учение о душевных расстройствах вообще, а не только о выраженных психозах.

Для правильного конструирования диагноза в психиатрии необходимо знание особенностей и специфики обследования психически больного человека, имеющего значительные отличия от изучения соматически больных. В качестве сравнения с психиатрическим интервью, приведенным в главе 1, процитируем описание клинического метода по наиболее известным руководствам в отечественной психиатрии, написанным академиком А.В.Снежневским (1983). Он, в частности, ссылается на слова К.А.Тимирязева: «Наука, теория не может, не должна давать готовых рецептов — умение выбирать надлежащий прием для своего случая всегда остается делом личной находчивости, личного искусства. Это-то искусство и составляет область того, что должно разуметь под практикой в лучшем смысле этого слова».

Клиническое психиатрическое обследование складывается из расспросов больного, сбора субъективного (от больного) и объективного (от родственников и лиц, знающих больного) анамнеза и наблюдения. Учитывая тот факт, что эти методы достаточно хорошо описаны в отечественных руководствах, мы считаем нецелесообразным приведение их в данной работе.

б) Этапы диагностики психических заболеваний

С целью умелого, тщательного, целенаправленного расспроса - беседы с больным врач-психиатр должен составить мнение о доминирующих на момент обследования симптомах — элементарных структурных единицах диагноза заболевания. Используя знания в области психиатрии, совокупность выявленных симптомов можно объединить в какой-либо из известных синдромов, а совокупность синдромов и особенности их смены в процессе течения болезни приведут врача к заключению и правильной диагностике имеющейся у пациента болезни.

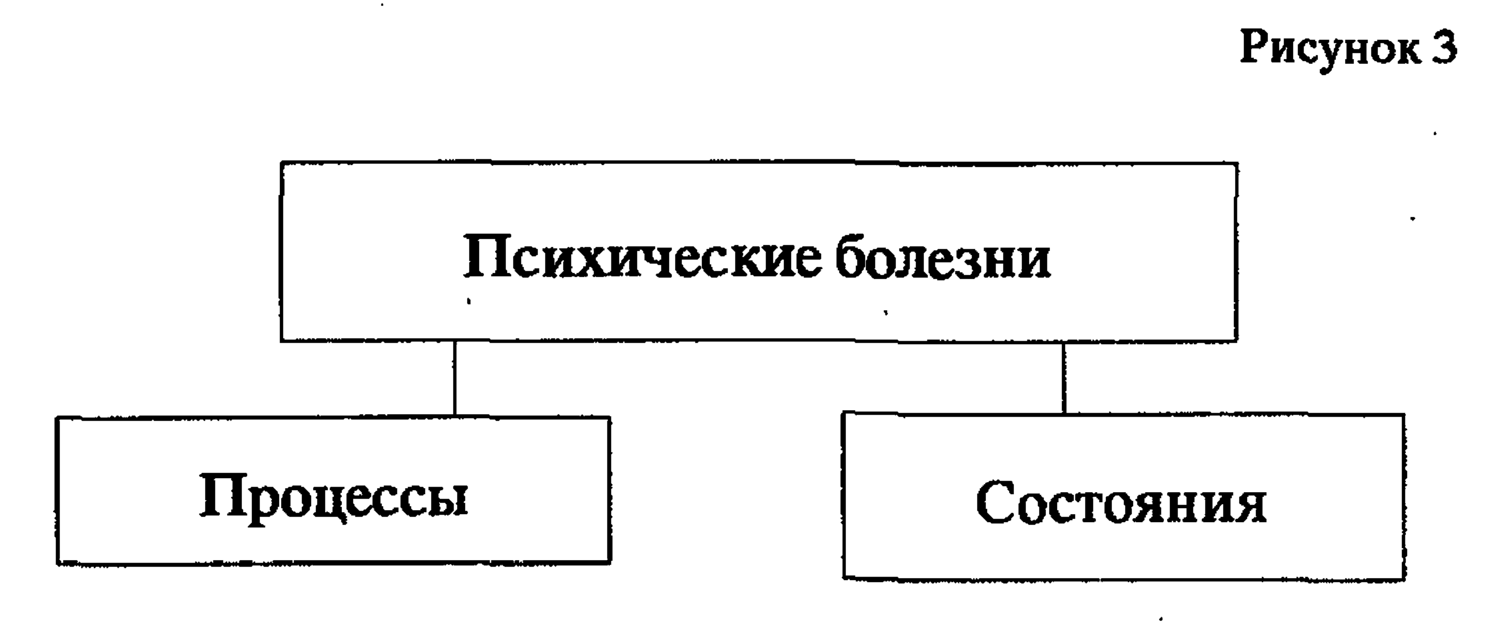
Диагностика психических заболеваний, способ конструирования психиатрического диагноза традиционно состоит из последовательно сменяющих друг друга этапов:

1. Определение уровня (регистра) выявленных психических расстройств.
2. Оценка преобладания экзогенно-органического, психогенного или эндогенного типа реакций.
3. Выявление причин заболевания.
4. Установление предварительного диагноза на основании особенностей клиники и динамики наблюдаемых расстройств.
5. Подтверждение диагноза с помощью параклинических методов исследования (неврологического, соматического, биохимического, электрофизиологического, экспериментально-психологического и др.)

Для проведения «диагностического поиска» с целью правильного конструирования диагноза заболевания в психиатрии необходимо знание некоторых принципиальных положений, следуя которым можно верно диагностировать заболевание. Важным в практическом отношении на первом этапе распознавания болезни является определение наблюдающихся уровней психических расстройств (I этап диагностики).

Согласно понятиям отечественной психиатрической школы все психические заболевания можно разделить на две группы: психические процессы (собственно психические заболевания) и психические состояния (см. рисунок 3).

Рисунок 3



К психическим процессам относят психические болезни, которые имеют склонность к развитию, внутреннему патокинезу. В эту группу включаются психозы различной этиологии, неврозы и неврозоподобные состояния. К психическим состояниям причисляют не изменяющиеся на протяжении времени расстройства «дефицитарного типа», при которых обнаруживается лишь исчезновение нормального функционирования психической деятельности, в то время как патологических «позитивных» симптомов не наблюдается. К этой группе относятся состояния врожденного и приобретенного слабоумия (олигофрения, деменции), психопатии.

На первом этапе «диагностического поиска» методологически верным может считаться выявление психиатром симптомов заболевания и, в первую очередь, попытка классифицировать их по уровню (регистру) наблюдающихся психических расстройств. В связи с тем, что расстройства психической деятельности встречаются и при психических процессах и при психических состояниях, выбор регистра нарушений ограничивается тремя понятиями: либо выявившееся расстройство можно отнести к психотическому уровню (психозу); либо к непсихотическому (невротическим, неврозоподобным, психопатическим, психопатоподобным нарушениям); либо к состояниям сниженного интеллекта (олигофрениям, деменциям). Условно последнее состояние обозначено нами «дефицитарным» (дементным) уровнем психических расстройств (В. Д. Менделевич, 1986).

С целью определения указанных уровней важно знать — какие из симптомов преобладают в тех или иных случаях, что можно считать патогномоничными параметрами того или другого уровня психических расстройств (таблица 3).

Как видно из приведенной таблицы, для установления психотического уровня психических расстройств наиболее важным является определение в клинической картине пациента расстройств восприятия, сознания, мышления, эмоций и двигательно-волевой сферы. При этом другие нарушения также могут встречаться при психозах, но при их обнаружении следует иметь ввиду и иной уровень психических расстройств.

Диагностика непсихотического уровня базируется на выявлении нарушений эмоций, внимания, мышления; определение «дефицитарного» (дементного) уровня основывается преимущественно на расстройствах собственно интеллекта и его предпосылок (памяти, внимания).

Таблица 3

Распределение нарушений по сферам психической деятельности в зависимости от уровня расстройств

Уровень расстройств. Сфера психической деятельности	Психотический	Непсихотический	«Дефицитарный» (дементный)
Расстройства мышления	+ + +	+	+
Расстройства восприятия	+ + + +	+	-
Расстройства сознания	+ + + +	-	+
Расстройства интеллекта	+	-	+ + + +
Расстройства эмоций	+ + +	+ + +	+
Расстройства двигательно-волевые	+ + +	+	+
Расстройства памяти	+	+	+ + +
Расстройства внимания	+	+ + +	+ + +

ОБОЗНАЧЕНИЯ:

при (+ + + +) — в подавляющем большинстве случаев расстройства указанных сфер психической деятельности встречаются при данном уровне психических расстройств, т. е. доказывают его наличие;

при (+ + +) — расстройства часто являются проявлением данного уровня психических нарушений;

при (+ +) — иногда;

при (+) — редко;

при (-) — никогда.

Рассматривая подробнее нарушения сфер психической деятельности, определим какие из симптомов соответствуют тем или иным уровням психической патологии. Можно выделить следующие группы расстройств:

- расстройства, наличие которых практически во всех случаях говорит об указанном уровне психических нарушений («определяющие симптомы»);
- расстройства, наличие которых не всегда (часто) указывает на подобный уровень («относительно определяющие»). При дальнейшем изложении расстройства, относительно определяющие уровень психических нарушений будут описываться в той рубрике, в которой они могут считаться в большей степени определяющими, одновременно там же будут уточняться особенности этих нарушений при данных состояниях.

РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ

Психотический уровень

а) «определяющие симптомы»:

1) бредовый идеи
   - бред отношения
   - бред преследования
   - бред физического воздействия
   - бред величия
   - бред ущерба
   - бред ревности
   - бред самообвинения, самоуничижения
   - ипохондрический бред
   - нигилистический бред, бред отрицания
   - бред изобретений и открытий
   - бред реформаторства
   - любовный, эротический бред
   - сутяжный, кверулянтский бред
   - бред высокого происхождения
   - бред метаморфозы (интерметаморфозы)
   - бред одержимости
   - религиозный бред
   - бред дисморфоманический

2) разорванность мышления
3) бессвязность мышления
4) инкогеренция
5) вербигерация
6) шперрунг
7) символизм

б) «относительно определяющие симптомы»

1) сверхценные идеи (реформаторства, изобретений, открытий, отношений, ревности, ущерба, ипохондрические, сутяжные, кверулянтские и др.)
2) контрастные навязчивости
3) резонерство
4) ускорение темпа мышления (до «скачка идеи»)
5) замедление темпа мышления
6) ментизм

Непсихотический уровень

а) «относительно определяющие симптомы»

1) навязчивые идеи (обсессии)
2) навязчивые действия (компульсии)
3) навязчивые страхи (фобии)
   - агорафобия
   - клаустрофобия
   - нозофобии (сифилофобия, канцерофобия и др.)
   - танатофобия
   - пантофобия
   - фобофобия
   - дисморфофобия
   - ипохондрические навязчивые идеи

«Дефицитарный» (дементный) уровень

а) «относительно определяющие симптомы»

1) замедление темпа мышления
2) обстоятельность, ригидность, тугоподвижность мышления
3) персеверация
4) нарушение осмысления, анализа и синтеза, конкретность мышления

Психотический уровень

а) «определяющие симптомы»

1) галлюцинации истинные, псевдогаллюцинации (сложные), зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные

2) деперсонализация и дереализация бредовые

б) «относительно определяющие симптомы»

1) галлюцинации элементарные простые (фотопсии, акоазмы, гипнагогические, гипнопомпические)

2) иллюзии вербальные парейдолические

Непсихотический уровень

а) «относительно определяющие симптомы»

1) деперсонализация и дереализация небредовые
   - аутометаморфопсия (нарушение «схемы тела»)
   - психосенсорные и оптиковестибулярные расстройства
   - метаморфопсии (микропсия, макропсия)

2) галлюцинации аффективные

3) сенестопатии

4) иллюзии
   - зрительные
   - слуховые
   - тактильные
   - обонятельные
   - вкусовые
   - аффективные

5) гиперестезии и гипостезии

РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ

Психотический уровень

а) «определяющие симптомы»

1) делирий
2) онейроид
3) аменция
4) сумеречное помрачение сознания
   - амбулаторный автоматизм
   - транс
   - фуга
   - сомнамбулизм
   - синдром Ганзера

«Дефицитарный» (дементный) уровень

а) «относительно определяющие симптомы»

1) растерянность (амнестическая спутанность сознания)

РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИЙ

Психотический уровень

а) «определяющие симптомы»

1) депрессия с бредом и суицидальными тенденциями
2) мания с бредом
3) паратимия (неадекватность эмоций)
4) амбивалентность

б) «относительно определяющие симптомы»

1) апатия
2) страх
3) тревога
4) «чувство потери чувств»
5) аутизм

Непсихотический уровень

а) «определяющие симптомы»

1) эмоциональная лабильность
   - слабодушие
2) страх навязчивый (непсихотический)

«Дефицитарный» (дементный) уровень

а) «определяющие симптомы»

1) благодушие

ДВИГАТЕЛЬНО-ВОЛЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА

Психотический уровень

а) «определяющие симптомы»

1) двигательное возбуждение
   - маниакальное
   - кататоническое
   - гебефреническое
2) ступор
   - кататонический
   - меланхолический (депрессивный)
   - психогенный
   - апатический
3) кататонический синдром
   - стереотипии
   - мутизм
   - импульсивность
   - парамимии
   - каталепсия
   - эхолалия
   - эхопраксия
   - амбитендентность
4) абулия, парабулия
5) манерность

б) «относительно определяющие симптомы»

1) гипобулия

Непсихотический уровень

а) «относительно определяющие симптомы»

1) анорексия

2) импульсивные влечения

- клептомания
- пиромания
- дипсомания
- дромомания

3) паракинезии функциональные (гиперкинезы, астазия-абазия и др.)

4) сексуальные перверсии

«Дефицитарный» (дементный) уровень

а) «относительно определяющие симптомы»

1) парабулии (булимия, полифагия, полидипсии и др.)

РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ

Непсихотический уровень

а) «относительно определяющие симптомы»

1) гипомнезия (палимпсесты)

«Дефицитарный» (дементный) уровень

а) «определяющие симптомы»

1) амнезии

- ретроградная
- антероградная
- антероретроградная

- фиксационная
- перфорационная

2) парамнезии
- конфабуляции
- псевдореминисценции
- криптомнезии
- экмнезия

РАССТРОЙСТВА ВНИМАНИЯ

Непсихотический уровень

а) «относительно определяющие симптомы»

1) истощаемость внимания
2) повышенная отвлекаемость внимания

«Дефицитарный» (дементный) уровень

а) «определяющие симптомы»

1) инертность внимания
2) рассеянность внимания

Определение уровня выявленных психических расстройств на начальном этапе «диагностического поиска» позволяет врачу уже при первом знакомстве с больным оценить тяжесть и выраженность его заболевания, направить дальнейшее обследование по верному пути и правильно решить организационные вопросы (в частности необходимость госпитализации).

На втором этапе диагностики психических заболеваний (конструирование диагноза) основное место уделяется определению преобладания тех или иных типов реакций: экзогенного и экзогенно-органического, реактивного, эндогенного. Основываясь на выявленном на первом этапе диагностики уровне психических расстройств, врач может оценить эти нарушения в плане типов реакций, что даст возможность предварительно думать о нозологии данного состояния. Если на первом этапе выявленные расстройства были отнесены к психотическому уровню, то их можно квали-

фицировать следующими группами психозов: эндогенными, экзогенными и экзогенно-органическими или реактивными (рис. 4).

Рисунок 4

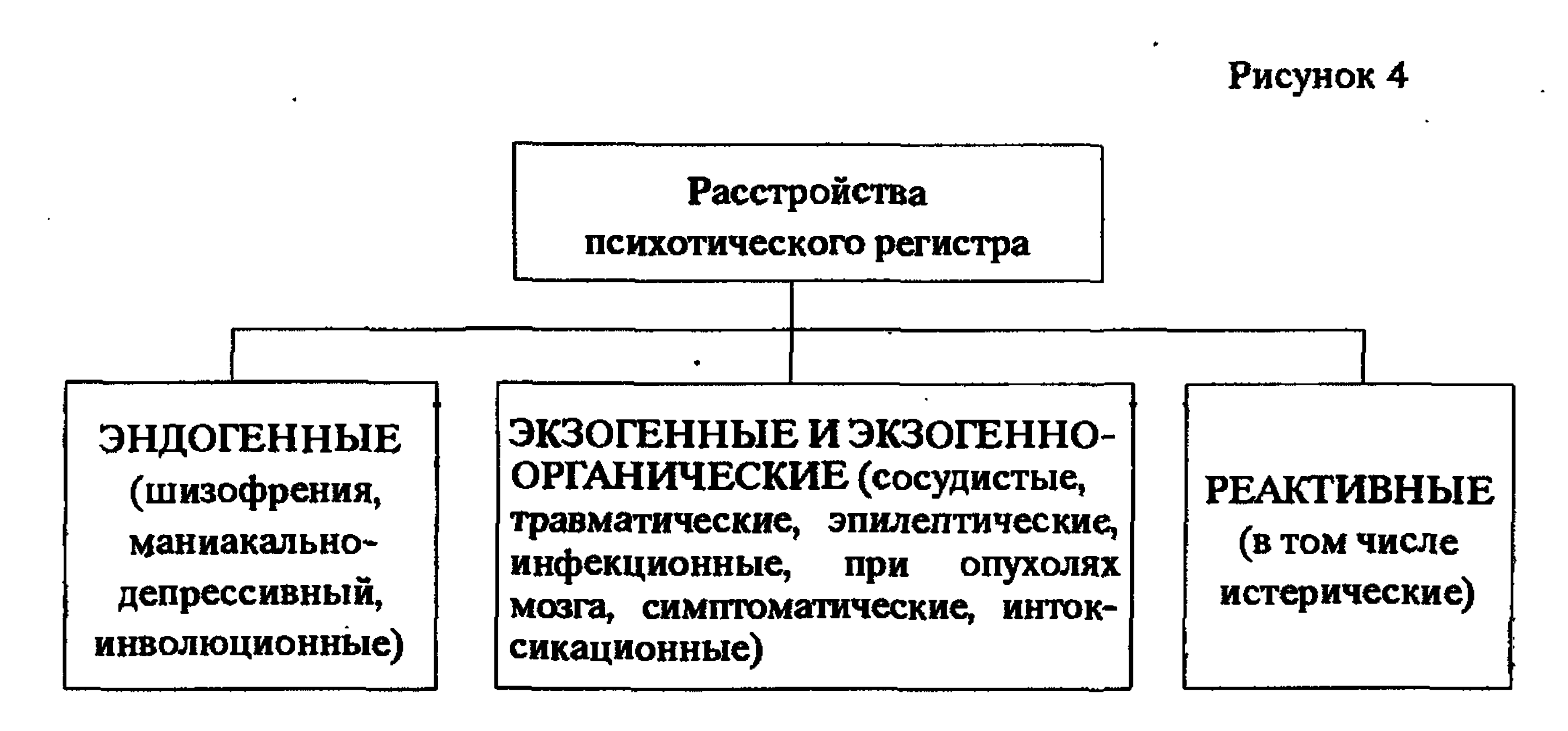


Таблица 4

Расстройства, относительно определяющие тип реагирования при психозах

Расстройства сфер психической деятельности	Тип реакций		
	Эндогенный	Экзогенный и экзогенно-органический	Реактивный
Расстройства мышления	шперрунг, резонерство, ментизм, разорванность	обстоятельность, ригидность, персеверация	-
Расстройства восприятия	псевдогаллюцинации слуховые (вербальные), обонятельные, деперсонализация и дереализация бредовые	галлюцинации истинные, зрительные, тактильные, экстракампинные, деперсонализация и дереализация небредовые (аутометаморфопсии, метаморфопсии), психосенсорные и оптиковестибулярные симптомы «уже виденного», «никогда не виденного»	галлюцинации аффективные психогенные

Расстройства сознания	онейроид	аменция, делирий, сумеречное помрачение сознания	синдром Ганзера
Расстройства эмоций	амбивалентность, суточные колебания настроения	дисфория, недержание аффекта	-
Расстройства двигательно-волевые	кататонический синдром (стереотипии, эхолалия, эхопраксия, негативизм и др.), абулия, гебефреничность, манерность	судорожные припадки	-
Расстройства памяти	-	Корсаковский синдром (амнезии — ретроградная, антероградная, ретроантероградная, парамнезии — конфабуляции, псевдореминисценции, криптомнезии, экмнезии)	-
Расстройства внимания	-	-	-
Расстройства интеллекта	-	Нарушение осмысления	-

Для каждой из групп психозов имеются существенные симптомокомплексы.

Как видно из таблицы, наиболее специфичными для экзогенного и экзогенно-органического типа реагирования являются описанные в 1909 году Бонгоффером симптомы и синдромы: психоорганический (энцефалопатический) синдром (нарушение осмысления, недержание аффекта, снижение памяти); Корсаковский синдром (фиксационная амнезия, парамнезии); делирий; сумеречное помрачение сознания; «грубая» (небредовая) деперсонализация и дереализация (аутометаморфопсии, метаморфопсии); судорожные пароксизмы.

Диагностика эндогенного типа реагирования базируется на выявлении расстройств мышления (шперрунг, ментизм, резонерст-

во, разорванность), восприятия (слуховые псевдогаллюцинации, бредовой («тонкой») деперсонализации и дереализации), эмоций (амбивалентность, суточные колебания настроения с улучшением к вечеру), двигательно - волевой сферы (кататонический синдром, амбулия).

Сравнительно меньше достоверных симптомов и синдромов имеется для диагностики реактивных психозов. К ним можно отнести лишь истерическое сумеречное расстройство сознания — синдром Ганзера (псевдодеменция, пуэрилизм), крайне редко встречающийся при других типах реагирования; а также галлюцинации психогенного (аффективного) характера (в частности истерические).

Следует указать, что такие широко распространенные нарушения мышления, как бредовые и сверхценные идеи не имеют нозологической специфичности. На различных этапах развития психиатрии делались попытки выделения различных форм бредовых идей, характерных для тех или иных заболеваний. Так, «бред двойника» (В.А.Гиляровский) считался патогномоничным для психозов при сыпном тифе; религиозный характер бреда упоминался, как доминирующий у больных, страдающих эпилепсией; бред одержимости описывался в рамках психозов, возникающих при эпидемическом энцефалите Экономо. В настоящее время ни одна из форм бредовых идей не может быть с высокой достоверностью отнесена к проявлению какого-либо конкретного заболевания, хотя в структуре бреда можно отметить некоторые особенности. Например, бредовые идеи величия могут встречаться при шизофрении, маниакально-депрессивном психозе, прогрессивном параличе, травмах головного мозга и других заболеваниях. При экспансивной форме прогрессивного паралича бредовые идеи величия носят нелепый, грандиозный, фантастический характер, и поведение больных полностью соответствует содержанию этих идей. При шизофрении часто наблюдается диссоциация между высказываемыми больными идеями величия и их «скромным», зависимым поведением. Бредовые идеи величия при маниакальной фазе маниакально-депрессивного психоза образуется кататимно, т. е. обусловлены аффектными расстройствами. При нормализации эмоциональных нарушений исчезают идеи величия (вернее, идеи переоценки собственных возможностей), носящие нестойкий, обыденный характер.

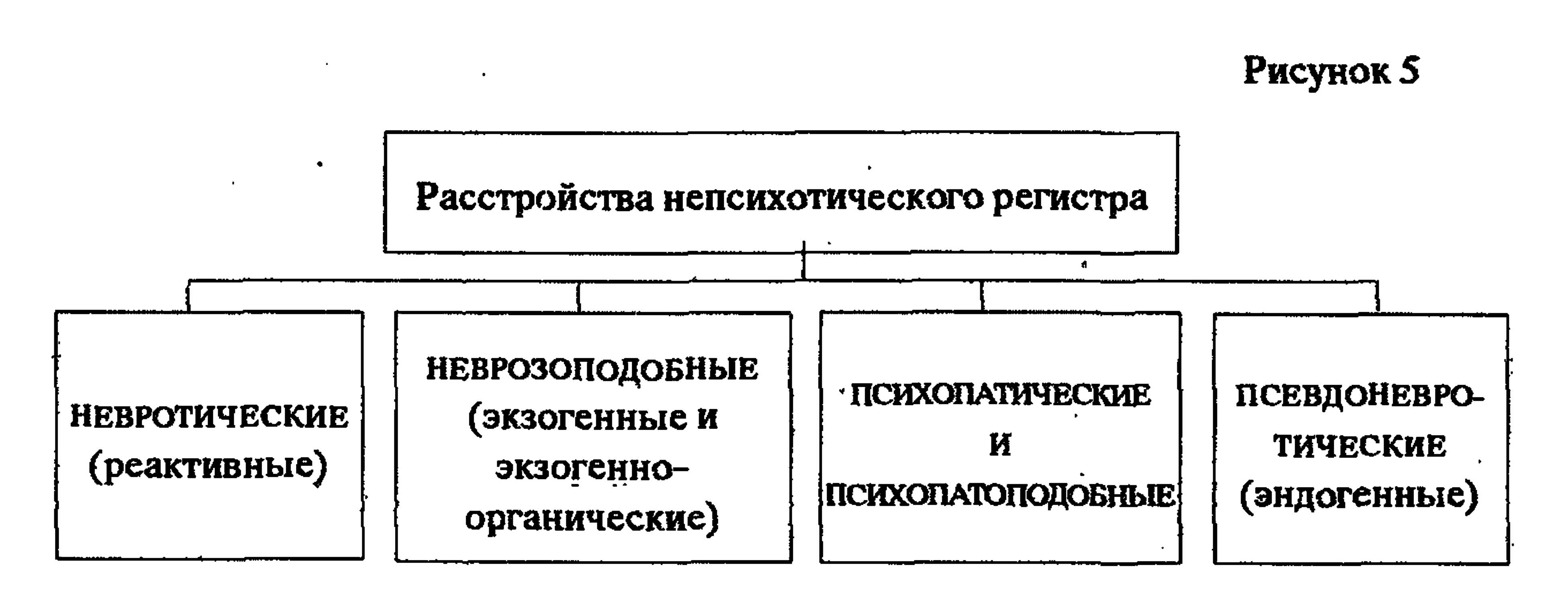
Галлюцинаторные расстройства так же, как и бредовые идеи, малоспецифичны, хотя можно отметить большее значение вербальных псевдогаллюцинаций для диагностики эндогенного процесса, зрительных истинных галлюцинаций для определения экзогенных и экзогенно-органических психозов. Специфичными в нозологическом отношении могут считаться зрительные галлюцинации, описанные в 1922 году Лермиттом, которые характеризуются видимыми чаще в сумерках одушевленными, лилипутными, подвижными образами с критическим отношением больных к галлюцинаторными феноменами. Они возникают при поражении среднего мозга в области IV желудочка или ножек мозга. Экстракампинные галлюцинации с проекцией зрительных образов вне поля зрения специфичны для органических поражений головного мозга различного генеза. Сложен вопрос о психогенных (реактивно обусловленных) галлюцинациях. При реактивных психозах (также, как и при истерическом неврозе) возможно появление галлюцинаторных феноменов, которые отличаются повышенной чувственностью, образностью, непосредственной связью с психогенными факторами и отражают психотравмирующую ситуацию. Немаловажную роль в их происхождении играет резидуальный органический фон. В диагностическом плане важными являются не столько структурные особенности галлюцинаций, сколько их динамические параметры. Так, вербальные галлюцинации в рамках органических психозов травматического, атеросклеротического, инфекционного или иного генеза по мере течения заболевания имеют тенденцию к упрощению своей структуры, к переходу сложного поливокального стойкого галлюциноза в простой моновокальный ундулирующий (Д.М.Менделевич, 1980). В то время как при шизофрении вербальные галлюцинации напротив склонны к усложнению, к переходу истинных галлюцинаций в псевдогаллюцинации. Спорным остается вопрос о кататоническом синдроме, считающимся более характерным для эндогенного процесса, хотя не исключается возможность его появления в рамках экзогенных и экзогенно-органических психозов.

Отличия расстройств непсихотического регистра друг от друга достаточно сложны, и вопрос об их принципиальных различиях является до настоящего времени не разрешенным. Можно лишь указать на известную триаду Ясперса, характерную для психогенных (истинно невротических) расстройств. В отличие от неврозо-

подобных нарушений при невротических не встречается психосенсорных и оптиковестибулярных нарушений, вегетативная симптоматика носит симпатикоадреналъную направленность сосудистых реакций. В.М.Бехтеревым проводился еще один дифференциально-диагностический параметр — повышение мышечного тонуса у больных с неврозами и понижение при неврозоподобных состояниях.

Расстройства непсихотического регистра могут рассматриваться в рамках следующих состояний (рис. 5).

Рисунок 5



Псевдоневротические расстройства в рамках эндогенных психических заболеваний сочетают в себе некоторые признаки неврозов с нарушениями ассоциативного процесса (в частности, с аморфностью мышления). Причем астеническая симптоматика в процессе течения эндогенного заболевания сменяется стеничностью с исчезновением вегетативной стигматизации.

Первые этапы «диагностического поиска» (описанные выше) основывались лишь на квалификации наблюдавшихся расстройств без уточнения причин, непосредственно предшествовавших их возникновению. Предварительный диагноз можно было поставить уже на этом этапе распознавания болезни, несмотря на то, что больной мог не давать анамнестических сведений, и врач вынужден был основываться лишь на наблюдении и высказываниях больного.

Следующим этапом диагностики (III) является определение причин заболевания с помощью объективного и субъективного анамнеза. Наличие в анамнезе черепно-мозговых травм, нейроин-

фекций, интоксикаций, сосудистых заболеваний мозга, соматических болезней, предшествовавших развитию психопатологической симптоматики, может указывать на этиологию и патогенез данного состояния. Правильной диагностике способствует сопоставление анамнестических данных с определенным врачом регистром расстройств и типом реагирования. Причем большое *значение имеют* психопатологические феномены, а не данные анамнеза.

Для реактивных (психогенных) нарушений характерна триада, описанная Ясперсом (1913):

1) реактивное состояние вызывается психогенной травмой;
2) психогенно-травмирующая ситуация отражается в клинической картине заболевания, в содержании его симптомов;
3) реактивное состояние прекращается с исчезновением вызвавшей его причины или с течением времени.

В генезе эндогенных заболеваний внешние (экзогенные и психогенные) факторы играют лишь пусковую роль при ведущем значении внутренних факторов.

Подтверждением диагноза на следующем этапе его конструирования могут служить особенности динамики психопатологических расстройств (IV этап диагностики). В случаях экзогенных и психогенных нарушений с течением времени симптоматика обычно не имеет тенденции к усложнению, а наоборот склонна к упрощению. В то же время для эндогенных заболеваний характерна прогредиентность симптоматики, смена простых симптомов и синдромов более сложными.

Последним этапом конструирования психиатрического диагноза (V) является проведение дополнительных методов исследования — неврологического, соматического, биохимического, экспериментально-психологического, электрофизиологического (ЭЭГ, РЭГ, ПЭГ) и др., направленных на уточнение диагноза. Следует помнить, что дополнительные методы исследования не могут считаться определяющими для установления диагноза. Приоритет в диагностике психических заболеваний принадлежит клиническому психопатологическому методу исследования.

Следуя указанным принципам конструирования психиатрического диагноза, последовательно переходя от одного этапа «диаг-

ностического поиска» к другому, возможно верное определение имеющегося у пациента психического заболевания.

в) Диагностическая оценка пароксизмальных, приступообразных и фазных состояний в психиатрии

При рассмотрении принципов конструирования психиатрического диагноза в предыдущих разделах в первую очередь обращалось внимание на перманентные, сквозные симптомы, оценка которых производилась на разных этапах их развития. Значительные трудности для диагностики представляют психические расстройства, носящие непостоянный (пароксизмальный, ундулирующий, приступообразный или фазный) характер. Связано это, в первую очередь, с кратковременностью подобных состояний, нередкой их амнезией больным. В этих случаях врачу часто приходится основываться лишь на анамнестических сведениях, реже непосредственно наблюдать психические расстройства.

Пароксизмальные, приступообразные и фазные психические расстройства можно разделить на две группы (рисунок 6).

Рисунок 6

Пароксизмальные, приступообразные, фазные расстройства

- сопровождающиеся нарушением сознания
  - состояние выключенного сознания
  - состояние расстроенного сознания
- не сопровождающиеся нарушением сознания
  - с преобладанием аффективных нарушений
  - с преобладанием расстройств мышления и восприятия

Пароксизмальные, приступообразные и фазные психические расстройства могут длиться несколько секунд, минут или часов, приступообразные и фазные нарушения более продолжительны по времени — несколько суток (таблица 5).

Таблица 5

Длительность расстройств

Секунды	Минуты - часы	Сутки
абсанс ментизм шперрунг метаморфопсии аутометаморфопсии симптомы «уже виденного» симптомы «никогда не виденного» паратимия импульсивные влечения	делирий онейроид аменция сумеречное расстройство сознания острый параноид дисфория	депрессия мания

Диагностическая оценка приступообразных и фазных нарушений, описанных Клейстом (1921), Леонгардом (1957), зависит от той школы, к которой причисляет себя исследователь-психиатр. В отечественной психиатрии «чистые» аффективные депрессивные и маниакальные фазы, не включающие расстройств других сфер психической деятельности, рассматривают в рамках маниакально-депрессивного психоза (т. е. эндогенного типа реагирования). При присоединении к аффективным нарушениям качественных расстройств мышления подобные состояния оцениваются чаще как проявления шизофрении (шизоаффективного типа).

Если проблематичность конструирования диагноза приступообразных и фазных состояний в психиатрии заключается часто лишь в приверженности положениям той или иной научной школы, то в случаях пароксизмальных психических расстройств трудности возникают и в оценке психопатологических симптомов и синдромов. Так, в диагностическом плане сложно отграничение внешне схожих, но принципиально различных по механизму возникновения пароксизмально возникающих психопатологических симптомов: абсанса и шперрунга, аутометаморфопсии («нарушение схемы тела») и дисморфомании. В клинической оценке абсанса важное значение имеет невозможность вступить в контакт в этот период, а также наличие амнезии после его окончания. Внешне абсанс проявляется кратковременным «отключением» больного, остановкой на несколько секунд предшествовавших действий и речи. По миновании абсанса пациент продолжает незаконченную фразу или действие с того места, на котором они были прерваны. В отличие от абсанса шперрунг проявляется осознаваемым пациентом перерывом в мышлении (часто бредово интер-

претируемым), после которого больной, как правило, не заканчивает прерванной мысли.

Аутометаморфопсии («нарушение схемы тела») в отличие от сходных расстройств в рамках дисморфомании возникают пароксизмально без контроля зрения и исчезают при визуальной оценке.

Если конструирование психиатрического диагноза при делирии, аменции, сумеречном состоянии сознания относительно несложно, т. к. перечисленные синдромы специфичны для экзогенного и экзогенно-органического типа реагирования, то в случаях острого параноида диагностика бывает затруднена. Последнее обстоятельство связано с тем, что синдром острого параноида встречается практически при всех типах реагирования. Даже в случаях острого кратковременного синдрома Кандинского-Клерамбо не всегда легко провести клиническую дифференциальную диагностику, несмотря на то, что он считается наиболее специфичным для эндогенных психозов.

В рамках реактивных психозов кратковременный острый параноид, длительность которого исчисляется днями, был описан С. Г. Жислиным и назван «железнородным параноидом» или «параноидом внешней обстановки». К реактивному острому параноиду близки бредовые синдромы, возникающие в иноязычной обстановке, а также «бред тугоухих». Подспорьем в дифференциальной диагностике подобных состояний может служить триада клинических симптомов Ясперса и, в первую очередь, ее положение о прекращении психического расстройства вслед за нормализацией внешней обстановки. Наряду с реактивнообусловленными психозами с синдромом острого параноида, в литературе (С. П. Позднякова, 1978) описана форма «острого скоропереходящего алкогольного параноида», характеризующегося стремительным развитием в короткий срок (от нескольких часов до 2 дней), критическим выходом из психоза, отсутствием стойких резидуальных явлений.

Наиболее значимым в оценке нозологической принадлежности острого параноида может быть факт остроты состояния — чем кратковременнее психическое расстройство, тем более вероятна его экзогенная обусловленность. Важным параметром является быстрота восстановления и полнота критического отношения к болезненным переживаниям, которая указывает на роль экзогенных и психогенных факторов в развитии психотического состояния.

В качестве примера конструирования психиатрического диагноза в случаях пароксизмальных психических расстройств приводим выписку из истории болезни и разбор случая:

Больная Е. 20 лет. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Отец и бабушка больны гипертонической болезнью. Родилась в семье служащих единственным ребенком. Родители в разводе, живет с матерью и отчимом. Отец имеет новую семью, но поддерживает отношения с Е., заботится о ней, постоянно навещает. Закончила 10 классов средней школы, училась неплохо, нравился французский язык. По призванию поступила в педагогический институт. Мензис с 15 лет, в настоящее время приходят регулярно. Незамужем («был молодой человек, но расстались, т. к. он мало внимания уделял»). С трехлетнего возраста частые ангины, болела ревматизмом, неоднократно лечилась стационарно в педиатрических клиниках с жалобами на боли в суставах, сердце, отмечалась ускоренная СОЭ. В 15-летнем возрасте с учета по ревматизму сняли, но осенью и весной по-прежнему чувствует себя соматически неблагополучно. По характеру, с ее слов, замкнутая, хотя имеет подруг, бывает на танцах, дискотеках. Считает себя обидчивой, раздражительной, впечатлительной («часто глаза на мокром месте»). С новыми людьми (сверстниками) сходится трудно, а с младшими знакомится легко. Сокровенными мыслями старается не делиться ни с кем («даже с отцом»). Кроме французского языка увлекается художественной литературой, любит Тургенева, Лондона, Купера. Занимается спортом, предпочитает лыжи.

Анамнез болезни. В школьные годы, благодаря большому прилежанию училась успешно, однако считала себя тугодумом, особенно плохо запоминала стихи и тексты наизусть, быстро уставала, утомлялась, испытывала слабость от любой даже незначительной нагрузки. Во время учебы в 10 классе отметила появление головных болей. Вначале они появлялись редко, затем участились и были связаны с повышение артериального давления (отмечалось АД 170/90 мм рт. ст.). В последующем приступы головных болей повторялись, хотя и были менее интенсивными. Плохо переносила и переносит жару и транспорт, при езде в автобусе начинается тошнота. С 17-летнего возраста стала «из-за пустяков впадать в печаль», появлялось чувство тоски, которое держалось 15-20 минут и бесследно проходило. За 2-2,5 года до обращения к психиатрам эпизодически в теле без причин начали возникать ощущения скованности: «руки и ноги делались ватными, тяжелыми». «Мышечное оцепенение» держалось 10-15 минут н так же, как и приступы плохого настроения, бесследно исчезало. Необычное состояние скованности больная объясняла себе тем, что за ней в тот период начали следить с научной целью инопланетяне с помощью невидимых приборов. Иногда внезапно у больной Е. возникало ощущение, что в куклу, находившуюся на пианино в комнате, вставлены специальные приборы вместо глаз, которые фиксируют все ее действия. С целью проверки своей догадки несколько раз разбирала куклу на части, но «ощущение», что за ней наблюдают, не проходило. Пыталась спрятаться от этого наблюдения в другой комнате, в туалете, но положительных результатов не достигала. Иногда подобное состояние начиналось с ощущения «присутствия в комнате кого-то незримого», т. к. чувствовала, как на ее лицо «ложится чей-то взгляд». В то же время понимала,что это ей кажется, и как только проходило чувство скованности, Е. тут же забывала о своих предположениях. Если такое напряжение и скованность в теле застигали ее на улице, то ей казалось, что на нее смотрят люди из проезжающих автобусов или окон домов. Состояние также внезапно прерывалось, как и начиналось. Во время сессии в институте (за полгода до обращения к психиатрам) не смогла сдать экзамена, сделала замечание преподавателю за «несправедливость в оценке ее знаний». Считала, что другим студентам преподаватель легко зачитывала предмет («даже не спрашивая»), а к ней относилась предвзято. После подобного разговора преподаватель ее выгнал. Расстроилась, но «сожаления о своем поступке не было». Несданные экзамены были перенесены на следующую сессию, т. к. Е. заболела и была оперирована по поводу аппендэтомии. После возвращения к учебе, когда необходимо было сдавать зачеты и экзамены, Е. очень испугалась, что не справится с этим, т. к. не сможет «даже рта открыть перед экзаменатором-педагогом», которого оскорбила. Появилась тоска, внезапно пришло решение покончить с собой, т.к. не сдав экзамена

последовало бы исключение из института. Не представляла себе жизни без института и французского языка, поэтому считала лучшим исходом умереть. Приняла 70 таблеток антибиотиков, димедрол, анальгин. Никому об этом не сказала. После отравления отмечалась рвота. Отец, у которого в это время находилась Е., вызвал «скорую помощь». Теряла сознание, очнулась в больнице, где находилась 6 дней. После выписки тоска держалась, и мать больной привела ее на обследование к психиатру.

Психическое состояние. При поступлении в психиатрический стационар двигательно заторможена, молчалива, фон настроения снижен. Во время беседы на лице выражение скорби, плачет, беседа только путем вопрос-ответ. Ответы очень скупые, односложные, но по-существу. Высказала сожаление, что осталась в живых, т. к. жить не хочется («не вижу смысла»). В первые же дни стала просить о выписке, мотивируя тем, что ее угнетает мысль о нахождении в психиатрической больнице и вид душевнобольных. В то же время соглашалась, что есть все основания для пребывания в больнице и лечения. С больными была необщительной, молчаливой, но с врачом держалась доверительно. Расстройства восприятия не обнаруживалось. Тип мышления был несколько замедлен. Бредовых идей в беседе не высказывала. К перенесенным в прошлом мыслям о наблюдении за ней инопланетян относилась критично. Интеллект достаточно высок. Внимание привлекалось и удерживалось достаточно. Память без снижения, хотя имелось субъективное мнение больной, что память у нее всегда была плохой по сравнению с другими.

В процессе лечения в стационаре на фоне улучшения самочувствия больная была отпущена в домашний отпуск, но через неделю мать вновь привела ее в больницу. Выяснилось, что дома в первый же день больная без всякой причины плакала. В последующие дни плохое настроение не повторялось. Однако, когда выходила на улицу, периодически вновь возникало чувство скованности и мысли о том, что за ней следят из проезжающего транспорта. Остальное время самочувствие было хорошим, навещала подруг, занималась домашним хозяйством, французским языком, смотрела кинофильмы и т.д.

Сомато-неврологическое состояние. Больная среднего роста, нормостенического телосложения. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. АД 120/75 мм рт. ст. Печень не увеличена. Анализы крови и мочи в норме. Зрачки равны. Имеется слабость конвергенции, дефект справа. Сухожильные рефлексы на руках и ногах повышены с расширенной зоной без разницы сторон. В позе Ромберга тремор век. Патологических рефлексов не обнаруживается.

На рентгенографии черепа: усилен рисунок пальцевидных вдавлений. Глазное дно: без патологии. ЭЭГ: в пределах нормальных вариаций. После функциональных нагрузок отмечается негрубая пароксизмальная активность в виде групп медленных волн мезодиэнцефального характера.

Консультации психолога: в беседе малословна, плаксива. В процессе экспериментального обследования признаков астенизации не выявлено. Результатами обследования интересуется формально. Внимание привлекается и удерживается достаточно. Память не нарушена. Грубых расстройств мышления не выявлено. Имеется разноплановость, двойственность. Интеллект не нарушен. В пиктограмме — элементы расстроенного восприятия.

Анамнез со слов матери. Беременность протекала нормально, роды без осложнений. Развивалась правильно. В год стала ходить, в 1,5 — говорить. В детстве часто болела ангинами. В детском саду был определен ревматизм, неоднократно лечилась стационарно. Странностей в поведении и припадков никогда у дочери не замечала. По характеру девочка скрытная, упрямая, капризная. Любит чтение художественной литературы, музыку, животных (особенно свою кошку — «с которой даже спит в одной постели»). Когда была маленькой, «скатывалась во сне с кровати, поэтому подставляли стулья». В последние годы временами жаловалась на головные боли, тяжело переживала конфликт с преподавателем в институте. Решение покончить жизнь самоубийством было для родственников неожиданностью.

В клинической картине заболевания больной Е. наблюдались перманентные и пароксизмальные психопатологические симптомы, некоторые из которых непосредственно отмечались при беседе с пациенткой, другие были известны по анамнезу. Охарактеризовать психическое состояние больной на период обследования можно как астено-депрессивное. Астенические симптомы представлены эмоциональной лабильностью, плаксивостью, быстрой утомляемостью, депрессия проявлялась двигательной заторможенностью, некоторым замедлением темпа мышления, снижением настроения. Расстройства, выявляемые при беседе с больной (как видно из приведенной выписки из истории болезни), следует отнести к непсихотическому регистру (уровню) психических расстройств.

На основании анамнестических сведений течение психических расстройств у больной можно расценивать как пароксизмальное (длящееся 10-15 минут). Отмечались бредовые идеи отношения, преследования, воздействия (больная была убеждена в том, что за ней следят инопланетяне с помощью невидимых приборов с научной целью, вызывают у нее в теле «напряженность»), дереализационные расстройства (ощущение присутствия в комнате кого-то незримого); аффективные расстройства («приступы тоски», длящиеся по 15-20 минут).

Наряду с пароксизмальными психическими нарушениями, отмечались особенности характера пациентки в виде замкнутости, скрытности, трудности установления контактов с новыми людьми, «тугодумия», упрямства, капризности. Наблюдались церебрастенические проявления — головные боли, колебания артериального давления, сопровождавшиеся тошнотой, головокружением. С 17-летнего возраста отмечались оптиковестибулярные нарушения — плохо переносила жару, поездки в транспорте.

Если состояние, наблюдавшееся у больной в период обращения к психиатрам, можно расценить как непсихотическое, то на основании анамнестических данных следует думать о пароксизмальных психотических симптомах. Этот вывод основывается на факте выявления расстройств, «определяющих психотический уровень» — бредовых идей (воздействия, отношения, преследования). При одновременном обнаружении в клинической картине заболевания симптомов психотического и непсихотического регистров состояния больного должно быть оценено как психотическое (вне зависимости от количественного преобладания симптомов того и другого уровней).

С целью конструирования психиатрического диагноза заболевания больной Е. на следующем этапе необходимо определить тип реагирования психических расстройств. Несмотря на то, что бредовые идеи и депрессивный синдром, наблюдавшиеся у пациентки, не являются нозологически специфичными и не могут считаться определяющими для оценки типов реагирования, в их структурно-динамических особенностях усматриваются определенные диагностические критерии. Наиболее значимым является факт остроты психотических расстройств и полная критичность к болезненным переживаниям по их миновании. Первый параметр нозологически не специфичен, т. к. в литературе, наряду с описанием экзогенных психотических пароксизмальных расстройств, имеются указания на острые кратковременные «молниеносные» психотические нарушения в рамках эндогенных психозов — «легированные» психозы (Кирн, 1966), периодические психозы (Арнольд, 1978). Наличие полной критичности к психотическим проявлениям считается более типичным для экзогенно-органических психозов, в рамках эндогенных заболеваний также возможно восстановление критичности, которое происходит значительно медленнее, проходя относительно длительный период двойственной неустойчивой критичности.

Пароксизмальность депрессивных расстройств также сложна для диагностической оценки. В данном случае круг дифференциальной диагностики расширяется, включая наряду с эндогенными (в рамках фаз маниакально-депрессивного психоза), «эмоциональные кризы» экзогенно-органического генеза (Монаков, Мурже, 1930) и «психолептические кризы» (Жане) у психопатических личностей. Кратковременность приступов тоски, возникавших у больной Е., отсутствие суточных колебаний настроения, а также наличие здорового характерологического преморбида, могут указывать на экзогенно-органический тип реагирования.

Клинические особенности перманентных психических расстройств у больной Е. подтверждают сделанный вывод и также указывают на экзогенно-органический тип реагирования. В клинической картине заболевания наблюдаются такие «определяющие экзогенно-органический тип реагирования» симптомы, как церебрастенические, оптико-вестибулярные расстройства, эпилептоидные черты в характере.

На третьем этапе «диагностического поиска» необходимо по данным анамнеза выявить причины заболевания. У больной Е. в преморбиде имелись указания на частые ангины, ревматизм (по

поводу которого лечилась стационарно и долгое время находилась на диспансерном учете), что может подтверждать клинически выявленные проявления экзогенно-органического типа реагирования.

Таким образом, на основании выявленных психических расстройств клиническую картину заболевания больной Е. можно оценить как последствия органического поражения ЦНС неясного генеза с психотическими эпизодами. Ведущим является так называемый синдром «височной эпилепсии», включающий пароксизмальные нарушения настроения, восприятия, бредовые идеи с полной критикой к заболеванию по минованию острого периода. Для подтверждения диагноза необходимо основываться на данных параклинических методов исследования. В данном наблюдении результаты неврологического, рентгенологического, электроэнцефалографического, отчасти психологического исследования, подтверждали предположение о значимости органического поражения головного мозга в генезе психических нарушений.

С целью уточнения генеза органического поражения ЦНС можно опираться на современные дополнения к описанию триады Леграна де Суле (1886), специфичной для острых ревматических психозов (Е.К.Скворцова, 1958; Н.Я.Дворкина, 1975). В настоящее время характерными для клиники острых ревматических психозов считаются фрагментарные нарушения сознания, психосенсорные расстройства, бредовые идеи преследования с явлениями психического автоматизма (что выявляется у больной Е.).

На основании проведенного «диагностического поиска» можно вынести следующее заключение: у больной Е. обнаруживаются признаки органического поражения ЦНС ревматического генеза с психотическими эпизодами в виде синдрома височной эпилепсии.

г) Психопатологические симптомы поражения отдельных областей полушарий мозга

Механизмы возникновения психопатологических расстройств настолько сложны, что достоверно обнаружить зоны поражения полушарий головного мозга при том или иной симптоме или синдроме не представляется возможным. Несколько перефразируя известное высказывание А.Р.Лурия отметим, что «история изучения мозговой организации многих психических функций не имеет истории вообще». К тому же существует устойчивое мнение,

что психопатологические феномены принципиально не могут вызываться патологическими изменениями в локальных областях мозга, психопатологический симптом всегда является реакцией всего мозга. Вследствие этого, в рамках диагностического процесса, проводимого психиатром, редко включается оценка локальности мозговых изменений.

Многочисленными нейропсихологическими исследованиями выявлены и описаны клинические феномены, возникающие вследствие локальных поражений головного мозга. В основном они относятся к т.н. психоневрологическим симптомам, затрагивающим высшие корковые функции. Подавляющее большинство «чисто» психопатологических расстройств до настоящего времени не могут быть поняты и объяснены локальными изменениями функционирования полушарий мозга. Среди наиболее известных симптомов, возникновение которых рассматривается в связи с локальными поражениями, можно выделить т.н. педункулярный галлюциноз Лермитта.

По данным Н.Н.Брагиной и Т.А.Доброхотовой синдромов, объясняющихся специфическим локальными (полушарными) изменениями, гораздо больше. Далее будет приведена разработанная этими авторами таблица синдромов, возникающих при избирательном поражении правого и левого полушарий мозга (у правшей).

Таблица

Синдромы	Клиническая характеристика
1	2
I. Пароксизмальные Основным признаком является приступообразность возникновения. Эти состояния внезапно возникают и быстро обрываются	
ПРАВОПОЛУШАРНЫЕ	
Галлюцинаторный	Ложные восприятия того, чего нет в действительности. Возможны зрительные, тактильные, слуховые, обонятельные, вкусовые галлюцинации. Слуховые выражаются в мнимых ритмических звуках — музыкальных мелодиях, природных шумах — пении птиц, шуме прибоя. Обонятельные и вкусовые галлюцинации, возникающие обычно при поражениях глубинных отделов височной доли правого полушария, имеют неприятный, тягостный характер

1	2
Дереализационный	Восприятие окружающего мира измененным, лишенным реальности. У больных возможны разнообразные ощущения этой измененности: иной, чем есть в действительности, окраски мира; большей, чем привычно по прошлому опыту, яркости света; искажения пространственных очертаний, контуров, размеров, форм предмётов (иногда разные по размерам, архитектурному решению дома и другие строения представляются сходными, не различающимися между собой). Крайним вариантом дереализации можно считать ощущение обездвиженности, мертвости, обеззвученности мира, когда все движущееся (включая окружающих людей) воспринимается больным *обездвиженным*
симптомы «уже виденного»	Мгновенное ощущение того, что сейчас развертывающаяся реальная ситуация «уже пережита», «уже видена», «уже слышана», хотя подобной ситуации в прошлых воспоминаниях не было
«никогда не виденного»	Ощущение, противоположное предыдущему. Хорошо знакомая, много раз виденная, переживавшаяся ситуация воспринимается больным как «незнакомая», «никогда не виденная», чуждая
«остановка времени»	Мгновенное ощущение того, будто время «остановилось». Это ощущение обычно сочетается с крайним вариантом проявления дереализации. Цвета в восприятии больного становятся тусклыми; объемные, трехмерные предметы — плоскими, двухмерными. Больной при этом воспринимает себя будто утерявшим связи с внешним миром, окружающими людьми
«растягивание времени»	В ощущениях больного время переживается как «растягивающееся», более долгое, чем привычно ему по прошлому опыту. Это ощущение иногда сочетается с противоположными (по сравнению с предыдущим феноменом) изменениями восприятия всего мира. Плоское, двухмерное представляется объемным, трехмерным, «живым, движущимся», а серо-белое — цветным. Больной обычно становится расслабленным, благодушным или эйфоричным
«утеря чувства времени»	Ощущение, раскрываемое больным в других выражениях: «времени будто бы нет», «освободился от гнета времени». Этому всегда сопутствует измененное восприятие всего мира. Предметы и люди кажутся более контрастными, в эмоциональном восприятии больных — «более приятными»

1	2
«замедление времени»	Ощущение, будто время «течет более медленно». Восприятие всего мира, движений людей и предметов изменяется. Люди представляются «кукольными, неживыми», их речь — «казенной». Больные называют время «замедленным» на основании того, что движения людей воспринимаются замедленными, их лица — «угрюмыми»
«ускорение времени»	Ощущение, противоположное предыдущему. Больному время представляется текущим более быстро, чем было ему привычно по прошлым восприятиям. В восприятии больного измененным воспринимается весь окружающий мир и собственное «Я». Мир будто «не естественен», «нереален», люди воспринимаются как «суетливые», очень быстро движущиеся. Хуже, чем в обычном состоянии, чувствуют свое тело. С ошибками определяют время суток и длительность событий
«обратное течение времени»	Ощущение, уточняемое больными в следующих выражениях:«время течет вниз», «время идет в обратном направлении», «я иду назад во времени». Измененным воспринимается окружающий мир и собственное «Я» больного. Интересна грубая ошибочность воспроизведения давности уже пережитых событий; секунду — минуту назад состоявшиеся события воспринимаются как бывшие «давным-давно»
Ритмическая повторяемость переживаний	Многократное повторение (через равные промежутки времени) раз виденного или слышанного. Ситуация как реальность уже исчезла, но в сознании больного она как бы мелькает, переживается снова и снова, будто она еще есть в настоящем времени и пространстве
Палинопсия	Обозначается еще как «визуальная персеверация». Этот феномен близок к предыдущему. Уже отсутствующая в реальной действительности ситуация как бы задерживается в поле зрения больного. У больных этот феномен может сочетаться с нарушением левого поля зрения, снижением или утерей топографической памяти
Деперсонализационный	В рамках синдрома деперсонализации описаны различные варианты измененного восприятия собственного «Я». Могут восприниматься измененными соматическое или психическое «Я»; возможны сочетания того и другого

1	2
Соматическая деперсонализация	Встречается чаще. Выражается в ином, чем привычно больному по прошлым восприятиям, переживании или ощущении собственного тела или различных его частей. Хуже чувствует все тело или только левые его части. При максимальной выраженности больным игнорируются (не воспринимаются) левые части тела, чаще рука; больной не пользуется левой рукой, если даже слабость в ней незначительна. Иногда нарушается ощущение целостности тела; оно (или отдельные его части) «увеличивается» или «уменьшается». Возможно ощущение множественности, например, больному представляется, что у него не одна (левая) рука, а несколько рук; при этом часто больной оказывается неспособным различать среди них свою собственную — ту, что есть в действительности
Психическая деперсонализация	Выражается в измененном переживании своего «Я», своей личности, взаимоотношений с окружающими, эмоционального контакта с людьми. Больные говорят, что лишаются чувств, теряют контакт со всеми окружающими людьми, употребляя при этом фразу : «ухожу в другое пространство, а все остаются в этом пространстве», «я становлюсь посторонним наблюдателем», без «всяких чувств» смотрю на то, что «происходит в этом пространстве»
Тотальная деперсонализация	Включает в себя измененность восприятия и соматического и психического «Я», которые как бы обретаются вновь, когда больной выходит из приступа. Описано одновременное возникновение ощущений «чуждости» собственного голоса, «физического расщепления тела на мельчайшие частицы», расщепление психического «Я»: «все части тела существуют в это время как бы самостоятельно и обладают своим «Я», помимо общего «Я»
Двухколейность переживаний	Состояние, когда больной продолжает воспринимать окружающую действительность; иногда воспринимается только то, что есть справа от больного. При этом возникает второй поток переживаний в виде непроизвольного оживления, как бы повторного проигрывания в сознании какого-то конкретного отрезка времени. В своем сознании больной дан как бы одновременно в двух мирах: в реальном сейчас мире и в том мире, который был в прошедшем времени больного. Больной и себя идентифицирует в сознании, с одной стороны, с тем, какой он есть сейчас и здесь (в настоящем времени и пространстве), и с другой стороны, каким был в конкретном отрезке прошедшего времени

1	2
«Вспышка пережитого»	Состояние, впадая в которое, больной перестает воспринимать то, что есть в действительности (в объективном настоящем времени и реальном пространстве) и в своем сознании как бы весь возвращается в какой-то отрезок прошедшего времени. В сознании больного проигрываются вновь все события, которые были в том прошлом, и переживаются они больным в их истинной последовательности. Больной воспринимает самого себя таким, каким был в том отрезке прошлого времени
Онейроид	Имеется в виду кратковременное преходящее онейроидное состояние. Больной перестает воспринимать себя и окружающий мир такими, какими они есть в объективном времени и пространстве. В сознании больной переживает как бы иной, нереальный мир, чаще — мир фантастических событий (полеты в космос, встречи с инопланетянами). В ретроспективном (после выхода из приступа) описании больного иной мир выглядит лишенным пространственно-временных опор. В момент переживания онейроида больной часто испытывает ощущение невесомости. Оно близко к «гравитационным иллюзиям», описанным как субъективное переживание изменения массы собственного тела, что объясняется активизацией в коре головного мозга тех энграмм, в которых запечатлен приобретенный опыт субъективных ощущений при кратковременных изменениях весомости тела
Синдром эмоциональных и аффективных нарушений	Возможны три варианта нарушений: 1) приступы тоскливости, страха или ужаса (при височной локализации поражения), сочетающиеся с висцеро-вегетативными расстройствами, обонятельными и вкусовыми галлюцинациями; 2) эйфория с расслабленностью (при поражении теменно-затылочных отделов); 3) состояние безэмоциональности — преходящего перерыва аффективного тонуса (при височно-теменно-затылочном поражении), сочетающееся часто с явлениями дереализации и деперсонализации
ЛЕВОПОЛУШАРНЫЕ	
Галлюцинаторный	Наиболее часто возникают слуховые - словесные галлюцинации. Больные слышат голоса, окликающие их по имени или сообщающие что-либо. Галлюцинации могут быть множественными: больной слышит сразу много голосов, не может разобрать содержания того, что эти голоса говорят
Синдромы речевых нарушений	Преходящие (моторные, сенсорные, амнестические) афазии, внезапно наступающие и быстро обрывающиеся. Такие преходящие нарушения речи в момент приступа возникают у больных еще в тот момент, когда вне пароксизмов не наблюдается никаких изменений речи

1	2
Нарушения мышления	Чаще возникают два противоположных друг другу состояния: 1) «провалы мыслей» — ощущение пустоты в голове, будто бы «прекратилось образование мыслей» внешне в момент приступа больной выглядит тревожным, растерянным, на лице — выражение недоумения; 2) «насильственные мысли», «наплывы мыслей», «вихрь мыслей» — ощущение внезапного появления в сознании мыслей, не связанных по содержанию с текущей мыслительной деятельностью; иногда стремительно, «как молния», появляется множество мыслей «мешающих друг другу», «от этих мыслей пухнет голова»; ни одна мысль не завершается, не имеет законченного содержания; переживаются эти мысли с оттенком тягостности, насильственности, непроизвольности — невозможности освободиться от них до тех пор, пока не закончится приступ;
Нарушения памяти	Возможны два крайних варианта: 1) «провал воспоминаний» — беспомощность, несостоятельность вспомнить нужные слова, имена близких, даже свой возраст, место работы, сопровождается растерянностью, тревогой; 2) «насильственное воспоминание» — мучительно тягостное ощущение необходимости что-то вспомнить, но при этом остается недостижимым осознание того, что именно подлежит воспоминанию; такая недоступность осознания предмета воспоминания сочетается с тревожным ощущением, опасениями того, что с больным что-то «должно случиться»
Абсанс	Выключение больного из сознательной психической деятельности, которой он был занят до приступа. Поза, в которой застал больного приступ, сохраняется. Все признаки внимания в облике больного исчезают; взгляд становится неподвижным, лицо — «каменным». Длится мгновение и собеседник может принять вынужденную позу естественной. Сам же больной не помнит о случившемся; на приступ абсанса, как правило, наступает полная амнезия. Долгое время приступы могут не замечаться самим больным и окружающими. Ствновятся очевидными по мере их усложнения за счет добавления речевых и других феноменов
Психомоторные припадки	Длятся минуты, часы, редко — несколько дней. Впадая в приступ, больной продолжает быть активным. Совершает разнообразные действия, иногда — сложную и последовательную психомоторную деятельность. От сумеречных состояний сознания эти припадки отличаются малой целесообразностью и меньшей последовательностью действий: больные бросаются бежать куда-либо, начинают сдвигать с места чрезвычайно тяжелые предеты. Поступки и действия сопровождаются выкриками, обычно лишенными смысла. Поведение больного становится упорядоченным лишь по выходе из приступа, на который наступает амнезия

Сумеречное расстройство сознания	Внезапно наступающее и вдруг обрывающееся состояние измененного сознания, для которого характерна реализация сложной последовательной психомоторной деятельности, заканчивающейся социально значимым результатом, а также амнезия на приступ. Условно можно различать два варианта: 1) будучи в сумеречном состоянии сознания, больные продолжают реализовывать ту программу, которая была в сознании до наступления этого состояния; 2) впадая в сумеречное состояние сознания, больные совершают действия и поступки, никогда не бывшие в их намерениях, чуждые их личностиым установкам; эти действия определяются психопатологическими пережива- ниями — галлюцинаторными, бредовыми, возникающими вместе с наступлением измененного состояния сознания. Первый вариант совпадает с состоянием, известным как амбулаторный автоматизм. При втором варианте возможны злоба, раздражение, гнев, агрессивность
Синдром эмоциональных, аффективных нарушений	Многие из перечисленных выше пароксизмальных состояний (преходящие афазии, насильственные мысли и воспоминания и т.д.), как правило, сопровождаются аффектом тревоги, растерянности. Возможны самостоятельные пароксизмы, в момент которых больные переживают аффект тревоги; на этот момент становятся суетливыми, двигательно беспокойными, нетерпеливыми. Выражают опасения: «что-то со мной должно случиться». Эти опасения всегда обращены в будущее
II. Непароксизмальные	
ПРАВОПОЛУШАРНЫЕ	
Конфабуляторная спутанность	Нарушение сознания, при котором больной дезориентирован в пространстве и во времени так, что реальную сейчас действительность воспринимает как бы через содержание прошлого времени. Это выражается в обильных конфабуляциях: как случившиеся только что (в стационаре) больной называет события, бывшие когда-то в прошлом и в каком-нибудь другом месте (на работе, дома и т.д.). Больные ничего из происходящего не запоминают. Могут быть двигательно беспокойными. Слова «здесь» и «теперь» для них лишаются смысла
Корсаковский синдром	В состав синдрома обязательно входят дезориентировка в простраcтве и во времени. Иногда больной дезориентирован и относительно собственной личности; амнезии — фиксационная, ретро-антероградная; конфабуляции (в ответ на вопрос, например, о том, чем занимался больной утром, может назвать события, имевшие место много лет назад); ложные узнавания (в окружающих лицах больной «узнает» своих близких и называет их именами этих людей); эмоционально-личностные изменения (больные расслаблены, благодушны или даже эйфоричны, многоречивы, обнаруживают анозогнозию и, при очевидности полной беспомощности больных для всех окружающих, сами считают себя здоровыми); расстройства восприятия пространства и времени (так, утром больные могут сказать, что идет уже вечер; ошибаются в сторону удлинения в определении длительности событий). Корсаковский синдром часто сочетается с левосторонними гемипарезом, гемианестезией, гемианопсией, а также игнорированием левого пространства

1	2
Левосторонняя пространственная агнозия	Характеризуется прекращением вос-приятия (игнорированием) событий, которые происходят слева от больного. Игнорируются больным все стимулы: зрительные, слуховые, тактиль- ные. Больные плохо чувствуют свое тело или вовсе его не воспринимвют, чаще это относится к левым частям, особенно к левой руке. Игнорируют левую часть текста при чтении, левую часть бумаги при рисоввнии и т.д. Больные при этом эйфоричны, расслаблены; обнаруживается анозогнозия
Тоскливая депрессия	Характеризуется тоской, двигательной и идеаторной заторможенностью. Такая триада симптомов возникает обычно при поражении височного отдела правого полушария. Больной малоподвижен, говорит тихо, медленно; лицо застыло в одном выражении
Псевдологический	Больные проявляют тенденцию упоминать или даже подробно описывать как случившиеся с ними события, в действительности не имевшие места. Как правило, из таких псевдологических высказываний больные не извлекают никакой выгоды. Больные обычно многоречивы и благодушны, быстро вступают в контакт с окружающими людьми
Эмоционально-личностные изменения	Наиболее часто и ярко выражена тенденция к преобладанию благодушного или эйфорического настроения, не-адекватного состоянию больного, его тяжести. Снижается критика. Нередко неосознавание и отрицание своего заболевания, болезненности состояния — анозогнозия. Иногда эйфория в выраженной степени сочетается с двигательной активностью вплоть до расторможенности; больные веселы, многоречивы, подвижны, хотя могут обнаруживать левостороннюю гемиплегию, слепоту и другие признаки глубокой несостоятельности
Расстройства сна и сновидений	Часты указания больных на увеличение числа сновидений: «впечатление такое, будто всю ночь вижу сны». Иногда отмечаются цветные сновидения. Больные нередко отмечают, что им бывает трудно отличить то, что было во сне от того, что происходило в действительности. У некоторых больных отмечается стереотипное повторение одного и того же сна

1	2
Периодический психоз	Напоминает маниакально-депрессивный психоз, где периодически повторяются состояния, напоминающие гипоманиакальное и депрессивное. Отличаются они большей выраженностью не собственно эмоционального компонента, а общей активности; при «хороших» состояниях больные повышенно активны, продуктивны, мало спят; при «плохих» состояниях — вялы, сонливы, утомляемы
ЛЕВОПОЛУШАРНЫЕ	
Дисмнестический	В центре синдрома — ослабление словесной (вербальной) памяти. Больной забывает слова, имена, номера телефонов, действия, намерения и т.д. Забывание не доходит до степени невозможности вопроизведения нужной информации. У больного есть понимание дефекта и активное стремление к компенсации. Они заводят записные книжки, записывают все, что подлежит запоминанию
Тревожная депрессия	Характеризуется тревогой и двигательным беспокойством, растерянностью. Больные находятся как бы в беспрерывных поисках двигательного покоя; меняют положение, встают, садятся и вновь поднимаются. Вздыхают, недоуменно озираются по сторонам, вглядываются в лицо собеседника. Высказывают опасения, что с ними что-то должно случиться
Бредовый синдром	В центре синдрома — нарушение мышления с ошибками суждения, не поддающимися коррекции. Больные становятся все более подозрительными, недоверчивыми, тревожными. Подозревают окружающих в недоброжелательном к ним отношении, намерении нанести вред (отравить, изуродовать, плохо на них воздействовать). Внешне больной напряжен. Иногда отказывается от еды, лекарств

1	2
Изменения речи	Еще до появления афазий может быть речевая аспонтанность с отсутствием побуждений к речевой деятельности или все более частыми становятся оговорки, когда больные одно слово заменяют другим и сами этого не замечают. Речь становится все менее развернутой, односложной
Расстройства сна и сновидений	Отмечается урежение сновидений. Иногда отмечается больными исчезновение сновидений в качестве одного из признаков изменений их сна и сновидений
Эмоциональные и личностные изменения	При поражении лобных отделов больные все менее инициативны, аспонтанны; височных — все более тревожны, напряжены, растеряны; наступает как бы повышение бдительности больных, они постоянно мобилизованы. При поражении задних отделов левого полушария обычно преобладает страдальческий оттенок в настроении больных

д) Основные параклинические методы диагностики

Параклинические методы диагностики психической патологии, к которым в психиатрии относятся патопсихологические, психофизиологические, нейропсихологические, неврологические и некоторый иные методы, считаются дополнительными по отношению к основному — клинико-патопсихологическому методу.

Использование параклинических методов осуществляется лишь на пятом (заключительном) этапе диагностического поиска. Основной целью при этом становится подтверждение клинического диагноза, поиск факторов, которые могли способствовать возникновению отмечаемых в клинике психопатологических феноменов, оценка этиопатогенетических механизмов психических расстройств.

Основной задачей параклинических методов на практике является обнаружение данных за органический характер изменений

деятельности головного мозга, который мог бы лечь в основу представлений об органической, а не функциональной обусловленности регистрируемых клинически психопатологических нарушений при поражении тех или иных структур головного мозга, вследствие патогенных (экзогенных) влияний на мозг.

Однако, определяя основную задачу параклинических методов в диагностике психических расстройств следует помнить о том, что разделение психической патологии на органическое и функциональное до определенной степени условно. Поскольку отсутствие на нынешнем этапе развития нейронаук существенных данных о специфических нарушениях деятельности головного мозга при различных психических заболеваниях (в частности, при шизофрении и неврозах) не может рассматриваться как принципиальная черта данных болезней. Их связь с деятельностью мозга несомненна, однако не столь явственна, как при других заболеваниях.

Параклинические методы диагностики психических заболеваний представляют собой обширный набор способов оценки деятельности головного мозга. Каждый из них представляет инструментарий какой-либо области науки. Вследствие этого освоение всех параклинических методов и способов диагностики не входит в компетенцию психиатров. Но умение подобрать необходимые при конкретной клинически выявленной психической патологии параклинические методы, обосновать необходимость их использования, верно трактовать полученные с их помощью результаты считается неотъемлимой составляющей деятельности врача-психиатра.

Наиболее адекватной и важной вспомогательной методикой для процесса психиатрической диагностики считается патопсихологическая диагностика. Ее принципы приведены ниже.

Патопсихологическая диагностика использует батарею экспериментально-психологических методик-тестов, в помощью которых возможна оценка функционирования как отдельных сфер психической деятельности, так и интегративных образований - типов темперамента, особенностей характера, личностных качеств. При сложных диагностических случаях в психиатрии часто применяется патопсихологическая диагностика.

Выбор конкретных методов и способов патопсихологической диагностики базируется на выявлении кардинальных психопато-

логических отклонений при различных типах психического реагирования в определенных сферах психической деятельности. Как было показано в таблице 4, для каждого типа психического реагирования специфичны расстройства определенных сфер психической деятельности.

Именно на выявление этих особенностей и направлено патопсихологическое исследование. В таблице 6 представлены показания для использования тех или иных методов патопсихологической диагностики.

Таблица 6

Основные методы патопсихологической диагностики при нарушениях тех или иных сфер психической деятельности

Сфера психической деятельности, в которой отмечены нарушения	Патопсихологическая методика
Расстройства внимания	таблицы Шульте, корректурная проба, счет по Крепелину, методика Мюнстерберга
Расстройства памяти	тест десяти слов, пиктограмма
Расстройства восприятия	сенсорная возбудимость, пробы Ашафенбурга, Рейхардта, Липмана
Расстройства мышления	тесты на классификацию, исключение, силлогизмы, аналогии, обобщение, ассоциативный эксперимент, проблема Эверье, пиктограмма
Расстройства эмоций	тесты Спилбергера, Люшера и др.
Расстройства интеллекта	тесты Равена, Векслера
Расстройства воли	
Расстройства сознания	

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ ВНИМАНИЯ

Для подтверждения выявляемых клинически расстройств внимания наиболее адекватными патопсихологическими методиками являются оценка внимания по таблицам Шульте, по результатам проведения корректурной пробы и счета по Крепелину.

Таблицы Шульте представляют собой набор цифр (от 1 до 25), расположенных в случайном порядке в клетках. Испытумый должен показать и назвать в заданной последовательности (как правило, возрастающей от единицы до двадцати пяти) все цифры. Испытуемому предлагается подряд пять неидентичных таблиц Шульте, в которых цифры расположены в различном порядке.

Психолог регистрирует время, затраченное испытуемым на показывание и называние всего ряда цифр в каждой таблице в отдельности. Отмечаются следующие показатели:

1) превышение нормативного (40-50 секунд) времени, затраченного на указывание и называние ряда цифр в таблицах;

2) динамика временных показателей в процессе обследования по всем пяти таблицам.

ТАБЛИЦЫ ШУЛЬТЕ

14	18	7	24	21
22	1	10	99	6
16	5	8	20	11
23	2	25	3	13
19	15	17	12	4

22	25	7	21	11
66	2	10	3	23
17	12	16	5	18
1	15	20	9	24
19	13	4	14	8

9	5	11	23	20
14	25	17	1	6
3	21	7	19	13
23	12	24	16	4
8	15	2	10	22

21	12	7	1	2
6	15	17	3	18
19	4	8	25	13
24	2	22	10	5
9	14	11	23	16

По результатам данного теста возможны следующие заключения о характеристиках внимания испытуемого:

Внимание концентрируется *достаточно* — в случае, если на каждую из таблиц Шульте испытуемый затрачивает время, соответствующее нормативному.

Внимание концентрируется *недостаточно* — в случае, если на каждую из таблиц Шульте испытуемый затрачивает время, превышающее нормативное.

Внимание *устойчивое* — в случае, если не отмечается значительных временных отличий при подсчете цифр в каждой из пяти таблиц.

Внимание неустойчивое — в случае, если отмечаются значительные колебания результатов по данным таблиц без тенденции к увеличению времени, затраченного на каждую следующую таблицу.

Внимание *истощаемое* — в случае, если отмечается тенденция к увеличению времени, затрачиваемого испытуемым на каждую следующую таблицу.

Методика счет по Крепелину используется для исследования утомляемости. Испытуемому предалагается складывать в уме ряд однозначных чисел, записанных стобцом. Результаты оцениваются по количеству сложенных в определенный промежуток времени чисел и допущенных ошибок.

При проведении **корректурной пробы** используются специальные бланки, на которых приведен ряд букв, расположенных в случайном порядке. Инструкция предусматривает зачеркивание испытумым одной или двух букв по выбору исследующего. При этом через каждые 30 или 60 секунд исследователь делает отметки в том месте таблицы, где в это время находится карандаш испытуемого, а также регистрирует время, затраченное на выполнение всего задания.

Интерпретация та же, что и при оценке результатов по таблицам Шульте. Нормативные данные по корректурной пробе: 6-8 минут при 15 ошибках.

Методика Мюнстерберга предназначена для определения избирательности внимания. Она представляет собой буквенный текст, среди которого имеются слова. Задача испытуемого как можно быстрее считывая текст, подчекнуть эти слова. На работу отводится две минуты. Регистрируется количество выделенных слов и количество ошибок (пропущенных или неправильно выделенных слов).

бсолнцевтргщоцрайонзшгучновостьъхэьгчяфактьукэкзаментрочагщ
щгцкпрокуроргурстабеютеорияентоджеубъамхоккейтруицыфцуигах
телевизорболджщэхюэлгщбпамятьшогхеюжпждрегщхнздвосприятие
йцукенгшизхъвафыпролдблюбовьавыфрплосдспектакльячсимтьбюн
бюерадостьвуфциеждлоррпнародшлджьхэшщгиернкуыфйшрепортаж
ждорлафывюефбьконкурсйфныувскапрличностьзжэьеюдшщглоджин
эпрплаваниедтлжэзбьтрдшщжнпркывкомедияшлдкуивотчаяниефрлнь
ячвтджэхьгфтасенлабораториягшдщиптукруцтршчтлроснованиязхжь
щдэркентаопрукгвсмтрпсихиатрияблмочьйфясмтщзаяцэълкнгитэхтм

Нарушения внимания не являются специфичными для каких-либо психических заболеваний, типов психического реагирования, уровней психических расстройств. Однако, можно отметить специфику их изменений при различной психической патологии. Так, наиболее ярко они представлены в структуре экзогенно-органического типа психического реагирования, проявляясь нарушениями концентрации и устойчивости внимания, быстрой истощаемостью, трудностями переключаемости внимания.

Сходные нарушения встречаются при неврозах. В рамках эндогенного типа психического реагирования нарушения внимания не являются определяющими (как правило, они либо отсутствуют, либо являются вторичными по отношению к другим психопатологическим феноменам).

Несмотря на это существуют данные (Э.Крепелин, 1910) о том, что при шизофрении характерными оказываются нарушения активного внимания при сохранности пассивного. Это отличает пациентов с шизофренией от больных с экзогенно-органическими и невротическими психическими расстройствами.

Больные шизофренией внешне невнимательные и рассеянные могут хорошо воспринимать все, что происходит вокруг, выхватывая случайные детали, и в то же время им редко удается активно направлять и длительно удерживать внимание на каком-либо заранее указанном объекте. Вследствие этого, по соотношению сохранности у пациента активного и пассивного внимания можно косвенно определить тип психического реагирования. Кроме того, у больных шизофренией нарушен механизм фильтрации, что

можно заметить в экспериментах на помехоустойчивость (к примеру, в методике Мюнстерберга).

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ ПАМЯТИ

Необходимость подтверждения клинически выявляемых расстройств памяти возникает в тех случаях, когда они выражены незначительно или когда пациент жалуется на снижение памяти. Наиболее часто для оценки мнестических нарушений используется **методика запоминания 10 слов.** Она направлена на изучение способности к непосредственному краткосрочному или долговременному, произвольному и непроизвольному запоминанию.

Обследуемому зачитывают десять слов, подобранных так, чтобы между ними было трудно установить какие-либо смысловые отношения (например: гора, игла, роза, кошка, часы, вино, пальто, книга, окно, пила). Непосредственно после зачитывания, а также через час после него испытуемому предлагается воспроизвести эти слова в любом порядке. Причем после запоминания подобная процедура повторяется 4-5 раз подряд.

Отмечаются следующие показатели:

1) количество воспроизведенных слов;

2) количественную динамику воспроизведенных слов (кривая произвольного запоминания).

По результатам данного теста возможны следующие заключения о характеристиках памяти испытуемого:

Непосредственное запоминание не нарушено — в случаях, когда испытуемый непосредственно после зачитывания ему десяти слов воспроизводит в четырех-пяти попытках не менее 7 слов.

Непосредственное запоминание нарушено — в случаях, когда испытуемый непосредственно после зачитывания ему десяти слов воспоизводит менее 7 слов. Чем меньшее количество слов удается испытуемому воспроизвести, тем более выраженными признаются нарушения непосредственного запоминания.

Долговременная память не нарушена — в случаях, когда через час без предварительного предупреждения испытуемый воспроизводит не менее 7 слов, предназначавшихся для запоминания.

Долговременная память снижена — в случаях, когда через час без предварительного предупреждения испытуемый воспроизводит менее 7 слов, предназначавшихся для запоминания.

Методика, предназначенная для исследования опосредованного запоминания (**пиктограмма**), включает в себя предъявление испытуемому для запоминания 10-15 понятий, которые он должен нарисовать так, чтобы впоследствии по рисунку вспомнить заданные понятия. Через час испытуемому предлагается по рисункам воспроизвести заданные слова.

Примерный ряд понятий:

1) веселый праздник, 2) глухая старушка, 3) сердитая учительница, 4) девочке холодно, 5) болезнь, 6) разлука, 7) развитие, 8) побег, 9) надежда, 10) зависть. Интерпретация сходна с тестом десяти слов.

Расстройства памяти также как и расстройства внимания чаще входят в структуру экзогенно-органического типа психического реагирования. Нередко они сопутствуют невротическим нарушениям.

Для астенических состояний различного генеза типичными оказываются явления истощаемости и ослабление способности к запоминанию к концу исследования. При олигофрении наблюдается равномерное снижение непосредственной и оперативной памяти.

При деменции в пожилом возрасте, как правило, нарушается механическая и ассоциативная память, резко выражены расстройства запоминания.

Для шизофрении мнестические нарушения не типичны. Гипермнезии типичны для маниакальных состояний.

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ ВОСПРИЯТИЯ

Нарушения восприятия в меньшей степени, чем психические расстройства других сфер психической деятельности поддаются патопсихологической верификации. Это связано в значительной мере с субъективным характером переживаний отклонений восприятия.

Вследствие этого патопсихологическое исследований данной психической сферы направлено, в первую очередь, на выявление скрытых расстройств, перевод их в явные, которые можно зарегистрировать иными способами. В качестве таких методов предложены пробы Ашафенбурга, Рейхардта, Липмана.

При **пробе Ашафенбурга** испытуемому предлагается разговаривать по телефону, который предварительно отключен от сети.

При **пробе Рейхардта** испытуемому предъявляется чистый лист бумаги и предлагается рассмотреть то, что на нем нарисовано.

При **пробе Липмана** после надавливания на веки испытуемого предлагается сказать, что он видит. Все вышеперечисленные пробы направлены на то, чтобы выявить галлюцинаторные образы, наличие которых предполагается. Однако, при анализе проб нельзя исключать внушенного характера галлюцинаторных феноменов.

Исследование сенсорной возбудимости сходно с вышеперечисленными пробами. Это исследование включает предложение испытуемому всмотреться в рисунки "движущиеся квадраты" и "волнистый фон", состоящих из расположенных в определенном порядке и ракурсе квардратов и линий, пересекающих геометрические фигуры. Затем испытуемому предлагается подсчитать количество квадратов в каждом ряду или неясно нарисованные фигуры. Оцениваются субъективные ощущения, возникающие в процессе эксперимента, а также возможный иллюзорный стереоскопический обман.

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ МЫШЛЕНИЯ

Патопсихологическое исследование и анализ нарушений мышления зачастую является важным параметров в диагностическом процессе.

Это связано с тем, что многие расстройства мышления, в частности, шизофренического спектра, более явно проявляются в момент психологического обследования, чем при интервьюировании пациента. Это относится к таким симптомам как: соскальзование, разорванность, разноплановость мышления, опора на латентные признаки и др.

Основными методами исследования мышления являются тесты на классификацию, исключение, силлогизмы, аналогии, обобщение, ассоциативный эксперимент, проблема Эверье, пикто грамма.

Методика классификации понятий включает в себя предложение испытуемому классифицировать карточки с изображением животных, растений и предметов. Предлагается разложить карточки на группы так, чтобы они содержали однородные предметы и могли быть названы обобщающим словом. Затем в случае необходимости предлагается укрупнить группы.

Оценивается:

1) число этапов, затраченных на окончательную классификацию предметов (должно получиться три группы животные, цветы, неодушевленные предметы);

2) принципы классификации.

Заключения отражают количество этапов классификации, а также особенности мышления испытуемых.

Конкретное мышление — определяется в случаях, когда испытуемый объединяет предметы в конкретные ситуационные группы (например, пальто со шкафом "потому, что пальто висит в шкафу").

- *Склонность к детализации* — определяется в случаях, когда испытуемый выделяет дробные группы (например, "одежда домашняя и одежда на выход", "корнеплоды и некорнеплоды").

Опора в мышлении на латентные признаки — определяет в случаях, когда в классификации делается упор на малоактуальных, скрытых признаков понятий (например, в одну группу объединяются автобус и медведь потому, что оба "склонны к плавному началу движения").

На основании методики классификации понятий возможно подтверждение клинически выявляемых специфических для определенных групп психических заболеваний расстройств мышления. Так, конкретность мышления может подтверждать наличие органически обусловленных психических расстройств, склонность к излишней детализации — эпилептический характер ассоциативных нарушений, опора мышления на латентные признаки — на нарушения мышления шизофренического спектра.

Методики на исключение, обощение понятий, выделение существенных признаков, анализ отношений понятий (аналогии) применяются с целью определения особенностей мышления лиц, с различной психической патологией а также тех, которые ложатся в основу интеллектуальных способностей.

Для оценки способности разграничивать разнородные понятия используется **методика исключение понятий**. Испытуемому предлагается из четырех предметов или из пяти слов исключить один предмет или слово, которые не подходят к остальным, сходным родовым понятием. Анализ методики сходен с методикой классификации понятий.

Стимульный материал
к методике исключение понятий

Дряхлый, старый, изношенный, маленький, ветхий.
Смелый, храбрый, отважный, злой, решительный.
Василий, Федор, Семен, Иванов, Порфирий.
Молоко, сливки, сыр, сало, сметана.
Скоро, быстро, поспешно, постепенно, торопливо.
Глубокий, высокий, светлый, низкий, мелкий.
Лист, почка, кора, дерево, сук.
Дом, сарай, изба, хижина, здание.
Береза, сосна, дерево, дуб, ель.
Темный, светлый, голубой, ясный, тусклый.
Гнездо, нора, муравейник, курятник, берлога.
Неудача, крах, провал, поражение, волнение.
Молоток, гвоздь, клещи, топор, долото.
Минута, секунда, час, вечер, сутки.
Грабеж, кража, землетрясение, поджог, нападение.
Успех, победа, удача, спокойствие, выигрыш.

Методика выделение существенных признаков позволяет судить о качестве понимания испытуемым главных и второстепенных признаков предметов и явлений. Процедура ее заключается в отборе испытуемым двух слов (признаков) предмета или явления, расположенных в скобке и относящихся к понятию, расположенному за скобками.

Стимульный материал к методике выделение существенных признаков

1. Сад (растения, садовник, собака, забор, земля).
2. Сарай (сеновал, лошади, крыша, скот, стены).
3. Деление (класс, делимое, карандаш, делитель, бумага).
4. Кольцо (диаметр, алмаз, проба, округлость, печать).
5. Игра (карты, игроки, штрафы, наказания, правила).
6. Куб (углы, чертеж, сторона, камень, дерево).

Одним из наиболее информативных для оценки качественной специфики мышления относится ассоциативный эксперимент.

Испытуемому предлагается привести первую пришедшую на ум ассоциацию на стимульные слова.

АССОЦИАТИВНЫЙ ЭКСПЕРИМЕНТ

хлеб________________________________

лампа ________________________________

пение ________________________________

колесо________________________________

красота ________________________________

война ________________________________

воздух ________________________________

развитие ________________________________

звонок________________________________

пещера ________________________________

бесконечность ________________________________

луна________________________________

брат________________________________

лечение________________________________

топор ________________________________

паденне________________________________

обман ________________________________

голова________________________________

сомнение ________________________________

игра________________________________

цель ________________________________

глубина ________________________________

народ ________________________________

трава________________________________

ссора________________________________

жестокость ________________________________

бабочка________________________________

понск ________________________________

печаль________________________________

совесть ________________________________

Регистрируются:

1) латентный период;

2) качественные характеристики ответов. Выделяют общеконкретные, индивидуально-конкретные, абстрактные, ориентировочные, созвучные, экстрасигнальные, междометные, персеверирующие, эхолалические и атактические ответы.

Особенности мышления больных шизофренией, как правило, включают атактические (трава-гвоздь) или созвучные (народ-урод) реакции. Это обусловлено особенностями расстройств мышлений при шизофрении, в частности, ассоциациями по созвучию — рифмованием слов.

Методика Эббингауза сходна с ассоциативным экспериментом и позволяет оценить стройность и продуктивность мышления. Пациенту предлагается заполнить пробелы в рассказе:

> Стал дед очень стар. Ноги у него не ..., глаза не ..., уши не ..., зубов не стало. И когда он ел, у него текло изо ... . Сын и невестка перестали его за ... сажать и давали ему ... за печкой. Снесли ему раз обедать в ... , он хотел ее подвинуть, да уронил на ... , чашка и ... . Стали тут ... бранить старика за то, что он им все в ... портит и ... бьет.

Для оценки целенаправленности мышления используется **проблема Эверье.** Испытуемому предлагается проанализировать следующий отрывок текста:

> Существуют различные взгляды на ценность жизни. Одни считают ее благом, другие — злом. Было бы правильнее держаться середины, потому что, с одной стороны, жизнь приносит нам меньше счастья, чем мы желали бы сами себе, с другой стороны, — ниспосылаемые нам несчастья всегда меньше того несчастья, которого нам желают в душе другие люди. Вот это-то равновесие и делает жизнь вполне выносимый, вернее, до известной степени справедливой.

Наиболее ярко особенности нарушений мышления могут быть выявлены с помощью анализа **пиктограмм**, которые позволяют судить о характере ассоциаций испытуемого. В этом проективном тесте оценивается:

1) техника исполнения рисунка (величина, завершенность, их обрамление, подчеркивание, наличие уточняющих линий, отличия и сходство рисунков, относящихся к различным понятиям); 2) расположение рисунков на листе; 3) принцип, положенный в основу ассоциативного ряда для запоминания; 4) степень оригинальности или стандартности.

Заключения по тесту отражают особенности ассоциативной деятельности и выражаются следующими типичными словосочетаниями:

Преобладание стандартных образов — в случаях, когда рисунки совпадают с теми, которые использует большинство лиц данного культуры (например, изображение флагов, шаров, елок для запоминания понятия "веселый праздник").

Преобладание атрибутивных образов — в случаях, когда при изображении заданных понятий используется принцип принадлежности к чему-либо, т.е. доминируют рисунки, отражающие предметы или явления, являющиеся неотъемлемой частью заданного понятия (например, изображение тяжестей, ассоциирующихся с "тяжелой работой").

Преобладание конкретных образов — в случаях, когда рисунки содержат предметы или явления, непосредственно связанные с заданной ситуацией (например, лежащий в постели человек при изображении понятия "болезнь").

Преобладание метофор — в случаях, когда при изображении заданного понятия используются конкретные образы, прямо с ним не связанные и использующие абстрагирование (например, туча, закрывающая солнце при изображении "болезни").

Преобладание персонифицированных и индивидуальных значимых образов — в случаях, когда при исзображении заданных понятий используются индивидуально-значимые образы (например, ребенок на понятие "счастье").

Преобладание органической графики — в случаях, когда в рисунках преобладает незавершенность линий в тех образах, которые требуют завершенности (к примеру, круг), повторное или неоднократное проведение линий.

Грубая органическая графика — в случаях, когда доминируют макрографические образы, отмечается подчеркивание, обрамление рисунков, чрезмерная стереотипия рисунков.

Стереотипия человеческими фигурами — в случаях, когда в рисунках преобладает изображение человеческих фигур.

Преобладание геометрических фигур — в случаях, когда понятия изображаются преимущественно геометрическими фигурами.

Считается, что при психической норме в пиктограмме преобладают конкретные, атрибутивные, стандартные упорядоченные образы.

При органических поражениях головного мозга — чрезмерная стереотипия, упорядоченность, аккуратность в изображениях и четкое нумерование рисунков, их низкая дифференцированность,

незавершенность линий, подчеркивание, обрамление изображений. При шизофрении доминируют абстрактные образы, возможна стереотипия, но не за счет человеческих фигур, буквенное изображение и геометрические фигур, а также атипичное (несимметричное, негармоничное) расположение рисунков на листе.

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ ИНТЕЛЛЕКТА

Определение уровня интеллектуальных нарушений в отечественной психиатрии включает в себя как клиническую, так и патопсихологическую оценку. При этом приоритет отдается клинической диагностике. Несмотря на это, экспериментально-психологическое тестирование способно уточнить характер и тяжесть снижения интеллекта.

Наиболее часто для этих целей используется **тест прогрессивных матриц Равена.** Он состоит из 60 заданий, распределенных по 5 сериям. В каждой серии представлено изображение полотна с геометрическим рисунком или несколько матриц с одной недостающей частью. Испытуемому предлагается обнаружить закономерности в матрицах и подобрать из шести-восьми предложенных ту матрицу, которой недостает в полном изображении. От серии к серии задания усложняются.

Результаты оцениваются по количеству правильно подобранных недостающих фрагментов по каждому заданию.

Выделяется пять степеней развития интеллекта по тесту Равена:

I степень	—	более 57 правильных ответов (баллов), т.е. более 95% — особо высокоразвитый интеллект
II степень	—	от 45 до 57 баллов (75-94%) — интеллект выше среднего
III степень	—	*от 15 до 45 баллов (25-74%) — интеллект средний*
IV степень	—	от 3 до 15 баллов (5-24%) — интеллект ниже среднего
V степень	—	менее 3 баллов (5%) — интеллектуальный дефект.

Считается, что уровень 30 баллов является для взрослого человека условной границей между оценкой его интеллекта в рамках нормы и при умственной отсталости.

Оценка интеллекта возможна опосредованно при исследовании особенностей мышления, в частности, понимания переносного смысла пословиц и поговорок, общей осведомленности и т.д., составляющих основу теста Векслера.

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ ЭМОЦИЙ

Психологические методики, позволяющие оценивать аффективные нарушения, как правило представляют собой опросники шкалы самооценки. Среди них самые известные направлены на определение выраженности тревоги (шкала Спилбергера, Шихана) и депрессии (Бека, Гамильтона). В связи с тем, что испытуемый самостоятельно оценивает уровень собственной эмоциональности результаты перечисленных шкал следует сравнивать с клиническими показателями. Их использование обоснованно в большей степени при оценке эффективности терапевтических мероприятий.

Одним из наиболее значимых в оценке эмоциональных нарушений является проективный **тест цветовых выборов Люшера.** С его помощью удается определить уровень стресса (тревоги).

Тест Люшера представляет собой набор карточек разного цвета (обычно используется восьмицветный тест).

Испытуемому предлагается расположить их по мере снижения симпатии к цвету — на первое место поставить "самый приятный" на момент обследования цвет, на последнее — "самый неприятный". Исследование повторяется дважды. За каждым цветом закреплены соответствующие параметры, характеризующие индивидуально-психологические особенности человека.

Символика цвета, по мнению Л.Н. Собчик, уходит корнями в истоки существования человека на земле и связана с эмоциональной оценкой явлений природы (солнца, плодов, ночи, крови и пр.).

Люшер выделил четыре основных цвета (синий, зеленый, красный, желтый) и четыре дополнительных (фиолетовый, коричневый, черный, серый), а также отметил, что постановка цвета на первое место указывает на цветовые ассоциации с основным способом действия, на второе — с целью, к которой человек стремится, на третье и четвертое — с эмоциональной оценкой истинного положения вещей, на пятое и шестое — с невостребованными в

данный момент резервами, на последние места — с подавленными потребностями.

В аффективной сфере синий цвет ассоциируется с крайней чувствительностью человека, повышенной тревожностью и вследствие этого с потребностью в эмоциональном комфорте, покое. Зеленый цвет указывает на повышенную чувствительность человека к оценке его со стороны окружающих, к критике. Красный демонстрирует жизнерадостность, оптимистичность и раскованность чувств. Желтый — эмотивность и экзальтированность, нетерпеливость, неустойчивость и отсутствие глубины переживаний, а также эмоциональную незрелость. Выбор фиолетового цвета как наиболее приятного может трактоваться как эмоциональная неустойчивость, напряженность. Коричневый цвет отражает тревожность с соматическими эквивалентами; черный — агрессивность, озлобленность, дисфорию; серый — усталость, безразличие.

На основании теста цветовых выборов Люшера (МЦВ) возможно оценка уровня тревожности и стресса. Этот показатель высчитывается на основании перераспределения основных и дополнительных цветов в ряду предпочтительных выборов. Считается, что, если перемещение основного цвета на 6, 7 или 8 позиции, также как перемещение дополнительного цвета на 1, 2 или 3 позиции указывает на имеющийся стресс.

Баллы начисляются так: для основных цветов за 8-ю позицию 3 балла, за 7-ю — 2, за 6-ю — 1; для дополнительных за 1-ую — 3, за 2-ую — 2, за 3-ю — 1. Максимальное количество баллов, указывающих на уровень стресса — 12. Кроме того, возможно оценивать динамику стресса: нарастание в случае большего количества баллов во втором выборе цветов, убывание или отсутствие нарастания при обратных соотношениях.

Патопсихологическая оценка нарушений сознания и воли, как правило, не является определяющей в диагностическом процессе.

Из методик, направленных на оценку интегративных понятий, в частности, личностных и характерологических особенностей, а также уточнение клинических симптомокомплексов выделяется **Миннесотский многопрофильный опросник личности** (MMPI).

С его помощью возможно уточнение клинически выявляемых феноменов, личностных особенностей пациентов с психическими нарушениями. Он позволяет анализировать скрытые от исследователя-клинициста индивидуальные тенденции и психопатологи-

ческие переживания. Опросник состоит из трех оценочных и десяти клинических шкал. Каждая шкала способна выявлять как психологические особенности, так и психопатологические симптомы и синдромы. Условной границей является уровень 70 Т.

Первая клиническая шкала (невротического сверхконтроля/ипохондричности) позволяет уточнять такие личностные свойства как склонность к контролю своих эмоций, ориентация в поведении на традиции, общепризнанные нормы, гиперсоциальность установок. При превышении уровня 70 Т шкала указывает на фиксированность внимания человека на внутренних ощущениях, склонность к преувеличению тяжести своего состояния, ипохондричность.

Вторая шкала (депрессии) отражает уровень снижения настроения, пессимистическую настроенность, опечаленность, удрученность собственным положением, желание уйти от решения сложным жизненных ситуаций. Превышение уровня 70 Т может говорить о клинически выраженной депрессии с чувством тоски, бесперспективности, суицидальными мыслями и намерениями.

Третья шкала (эмоциональной лабильности/истерии) указывает на выраженность неустойчивости фона настроения, склонности к драматизации событий, чувствительности. При показателях этой шкалы выше 70 Т можно отметить истерические черты поведения: демонстративность, "жажду признания", эгоцентризм, экзальтированность, инфантильность.

По четвертой шкале (социальной дезадаптации/психопатии) возможно обнаружение и подтверждение таких черт как склонность к импульсивности, конфликтности, недоучет объективных обстоятельств и ориентация на желания, а не на реальность. Показатель по 4 шкале выше 70 Т демонстрирует признаки социальной дезадаптации, конфликтность, агрессивность, выраженную импульсивность и потерю контроля за собственных поведением.

Пятая шкала (мужественности/женственности) указывает на выраженность свойств, характерных тому или иному полу.

Шестая шкала (аффективной ригидности/паранойи) регистрирует такие качества, как застреваемость на отрицательных переживаниях, обидчивость, склонность к прямоте в общении, практичность, догматизм. Зашкаливание за 70 Т может быть подозрительным в отношении формирования у человека сверхцен-

ных или бредовых идей с чувством собственной ущемленности, враждебности со стороны окружающих.

Седьмая шкала (тревоги/психастении) демонстрирует выраженность психастенических черт характера, тревожности, мнительности, склонности к образованию навязчивых идей, а при превышении 70 Т о дезорганизации поведения вследствии этих особенностей.

Восьмая шкала (индивидуалистичности/аутизма/шизофрении) отражает такие личностные качества, как: своеобразие иерархии ценностей, отгороженность от окружающих, индивидуалистичность, трудности в общении. Превышения уровня 70 Т может указывать на выраженную дезорганизацию поведения, снижение реалистичности, склонность к аутистическому типу мышления.

По девятой (оптимизма/гипомании) и *десятой* (интра-экстраверсии) *шкалам* возможна оценка данных качеств как в рамках психологических особенностей, так и при психической патологии.

При неврозах отмечается невротический наклон профиля — преобладают показатели первых трех шкал. Нередко им сопутствует повышение по 7 шкале.

При истерических симптомах профиль личности по MMPI преобретает вид "конверсионной пятерки" — при повышении трех шкал невротической триады лидируют первая и третья, а вторая несколько ниже, образуя вид латинской буквы V.

При психопатиях, как правило, отмечается повышение по четвертой шкале.

При психозах регистрируется повышение шкал психотической тетрады (4, 6, 8, 9). Кроме того, выделяют астенический и стенический тип профилей. В первом случае отмечается повышение по 2 и 7 шкалам, во втором — по 4, 6 и 9 шкалам. Депрессивный синдром психотического уровня отражается на MMPI пиками по 2, 7 и 8 со снижением (отрицательным пиком) по 9 шкале, маниакальный — пиками по 9 и 4 и снижением по 2 и 7 шкалам.

Приведенные в данном параграфе патопсихологические методы диагностики способны существенно дополнить клиническую диагностику психических заболеваний.

е) Диагностические ошибки в психиатрической практике

Ошибки при формулировании психиатрического диагноза

Процесс формирования психиатрического диагноза отражает понимание диагностом психогенеза заболевания. Он основывается на алгоритме, который имеет базу в виде известных закономерностей формирования психических расстройств экзогенного, психогенного или эндогенного происхождения. В предыдущих главах анализировались специфичные для той или иной группы психические расстройства без указания на процесс формулирования диагноза. Хотя именно ошибки при формулировании психиатрического диагноза существенно влияют на назначаемую терапию, тактику врача и могут повлечь за собой трагические для пациента ошибки.

Особого *интереса заслуживает анализ некоторых психопатологи*ческих синдромов, которые невозможно отнести к одной из выделяемых психиатрических групп, и значит, неправильным следует признать их упоминание в связи с эндогенной, психогенной или экзогенной природой. Речь идет, в первую очередь, об истерическом и ипохондрическом симптомокомплексах. По нашему мнению, их следует относить к личностному типу реагирования, т. к. формируются они лишь на основании «личностного механизма».

Многие ученые считают, что истерия, как и ипохондрия — суть порождения общественного развития человека. Вне общества эти симптомы не могли бы возникнуть. С другой стороны, появление иных психопатологических симптомов практически не зависит от общества, государства и других социальных факторов. Все они формируются вследствие известных патологических механизмов, имеющих эндогенное, экзогенное или психогенное начало.

Выделение истероформного — в противовес истерическому — синдрома можно считать нонсенсом в силу упомянутых выше причин. С натяжкой можно сравнить эти психические феномены с проявлением здоровой психики бесчестностью, непорядочностью, эгоизмом, которые некоторые ученые пытаются объяснить какими-то внутренними причинами. Так, известна теория Ломброзо, согласно которой склонность к антисоциальным поступкам, преступлениям может быть объяснена на физиологическом и даже молекулярном уровне. Таким образом, социально обусловленные

признаки поведения приравниваются к психопатологическим симптомам. Психиатрами в прямую зависимость ставятся, например, такие понятия как органическое заболевание головного мозга травматического, инфекционного или иного генеза и эгоцентризм больных с подобной патологией, входящей в состав энцефалопатического синдрома. Исходя из изложенного выше, понятно, что эта связь носит лишь косвенный характер.

Однако неправильным было бы отнести истерический и ипохондрический симптомокомплексы к сугубо социальным, не имеющим связи с биологическими факторами. Известно, что некоторые соматические заболевания способны создавать определенные рамки, каркас, который во многом определяет формирование личности. Впрочем, эти биологические факторы могут считаться лишь условием для развития истерических и ипохондрических симптомов, но не являться их причиной.

Б. В. Зейгарник и Б. С. Братусь (1980), изучая аномальные развития личности, обратили внимание на тот факт, что многие психические заболевания могут дать толчок к патологическим формам развития личности. Ими подробно описаны личностные изменения при эпилепсии, алкоголизме и других психических заболеваниях. Там, где психиатры видят биологические причины формирования изменений личности, психологи усматривают биологические условия.

Взаимообусловленность психологических особенностей больного и характеристик его заболевания наглядно проявляются на примере изучения формирования характерологических черт больных эпилепсией. Известно, что для большинства такого рода больных характерным является педантичность и ханжество, сочетание елейности и жестокости. В ходе психологического исследования одного больного (П. Д. Тищенко, 1987) выяснилось, что первый эпилептический припадок случился с ним в детстве во время учебы в школе и сопровождался непроизвольным мочеиспусканием. Припадок напугал детей, но вместе с тем у них возникло и определенное негативное отношение к ребенку. Они стали его дразнить и не хотели с ним играть. Для того, чтобы участвовать в детских играх, он придумывал разные уловки, стал «подлизываться» к другим детям. Такой стиль поведения стал устойчивым по отношению к сверстникам и в конце концов сформировал елейность в общении с людьми. Вместе с тем продолжающиеся насмешки в его адрес способствовали закреплению в нем жестокости, кото-

рая также стала устойчивой чертой характера. По мнению П. Д. Тищенко (1987), А. И. Болдырева (1984) причиной ханжества послужила не сама болезнь, а те изменения в отношении с другими людьми, которые возникли в связи с болезнью.

Следует признать, что формулировка диагноза: «Эпилепсия генерализованная судорожная с изменениями личности по истероипохондрическому типу», «Последствия травматического поражения ЦНС с ипохондрическим развитием личности» и пр. не отвечает истинному положению вещей и неправильно отражает психогенез болезни. Повторимся, что не само по себе органическое заболевание мозга формирует эти психопатологические синдромы. Болезнь дает лишь толчок к их развитию. Можно априорно предположить, что в условиях одиночества истерические и ипохондрические симптомы не смогли бы сформироваться даже если бы имелись перечисленные выше заболевания мозга.

Таким образом, целесообразнее и правильнее формулировать диагнозы так: «Истерическое (ипохондрическое) развитие личности на фоне эпилепсии (травматического или иного поражения ЦНС)».

Говоря об ипохондрическом синдроме, мы имеем в виду его непсихотический вариант, проявляющийся переоценкой существующих в действительности соматических расстройств. Бредовый вариант ипохондрии не может быть объяснен ни психологическими, ни личностными параметрами. Он подчиняется иным законам психогенеза. Даже в рамках вялотекущей, так называемой неврозоподобной шизофрении, ипохондрия формируется по законам психотического заболевания. Правда это положение не нашло пока своего экспериментального и клинического подтверждения.

Ипохондрические и истерические симптомы часто встречаются в рамках невротических нарушений. Выделены даже особые формы неврозов — истерический и ипохондрический. Однако и о невротическом генезе подобных психопатологических синдромов говорить неправомерно. Это доказывает тот факт, что подавляющее большинство больных с истерическими и ипохондрическими разновидностями неврозов преморбидно оцениваются как акцентурированные личности. Видимо, особенности характера, а не психо- гения, способствуют формированию истерического и ипохондрического неврозов. Гармонично развитая личность при столкновении с фрустрирующей ситуацией может «дать» лишь чисто психогенные

астеническую, фобическую, депрессивную невротическую реакцию. Для другой симптоматики определяющим является тот или иной личностный и характерологический радикал.

Справедливым следует признать такие формулировки диагнозов невротических расстройств: «Ипохондрический (истерический) невроз на базе акцентуации характера по истерическому (эпилептоидному и др.) типу».

К невротическим расстройствам нередко ошибочно причисляют так называемый климактерический невроз, несмотря на то, что достаточно хорошо известен механизм его развития. Основную роль в генезе подобных состояний играют эндокринные и сосудистые инволюционные нарушения, а не психогенные как таковые. Поэтому, пограничные психические расстройства, возникающие в период климакса, правильнее формулировать как «собственно климактерические психические нарушения».

По тем же причинам ошибочны формулировки типа «травматическая неврастения», «сифилитическая неврастения».

Наибольшие трудности, сопровождающиеся увеличением количества ошибок, возникают у клиницистов при квалификации и формулировании синдрома навязчивых состояний. Его считают нозологически неспецифичным симптомокомплексом и описывают в рамках неврозов, шизофрении, олигофрении, последствий органического поражения ЦНС, психопатий, гипертонической болезни и т. д.

В последние годы психиатрами всего мира высказываются сомнения в существовании невроза навязчивых состояний. Майер-Гросс с соавт. (1955), как и многие другие исследователи, относят навязчивости к личностным расстройствам. А.К.Ануфриев (1978) считает, что синдром навязчивых состояний типичен в большей степени для шизофренического спектра заболеваний.

Наши исследования позволяют констатировать, что спор вокруг этого психопатологического симптомокомплекса беспредметен, т. к. не четко выбран объект дискуссии. Синдром навязчивых состояний неоднороден. Его, по мнению Б.Д.Карвасарского (1980), можно разделить на три части: двигательные навязчивости (компульсии), навязчивые мыслительные нарушения (обсессии), навязчивые страхи (фобии). Это принципиально различные психопатологические феномены, встречающиеся с разной частотой при психических заболеваниях.

Навязчивые двигательные нарушения, как убеждает клинический опыт, в большей степени обусловлены биологическими мозговыми причинами. Наиболее часто они встречаются при органических поражениях головного мозга, сочетающихся с невротической симптоматикой. Компульсии близки по патогенетическим механизмам к таким клиническим феноменам, как тики, гиперкинезы и т. д. Они схожи и с импульсивными действиями, редко сопровождаются внутренней борьбой. Частая представленность навязчивых двигательных нарушений у детей подтверждает сказанное.

Для кататонической формы шизофрении с психомоторным возбуждением типичны импульсивные действия, внешне напоминающие компульсии. Анализ психогенеза этих нарушений — дело будущего.

Обсессии, или навязчивые мысли, воспоминания, часто встречаются при неврозоподобной шизофрении. Они представляют собой разновидность типичных для этого заболевания ассоциативных расстройств. Однако обсессии могут иметь место и при психогенных заболеваниях, в частности при психопатии психастенического круга.

Наиболее типичной формой невротических навязчивостей можно считать фобии. Именно они занимают первое место по частоте среди всех невротических навязчивостей, оставляя далеко позади себя обсессии и компульсии.

Таким образом, знание психогенеза синдрома навязчивых состояний позволяет избежать ошибок при формулировании психиатрического диагноза. Диагноз должен содержать не обобщенное название навязчивых состояний, но иметь уточнение, какая из форм этих нарушений наблюдается в клинике.

Возвращаясь к вопросу о социогенности некоторых психопатологических симптомов, следует обратиться к таким нарушениям как импульсивные действия — клептомания, пиромания, дромомания. В их определении отчетливо чувствуются общественные нотки. Эти симптомы наполнены социальным смыслом. Зададимся вопросом: может ли какое бы то ни было заболевание человека привести к неотвратимой потребности к воровству (клептомании), поджогам (пиромании), бродяжничеству (дромомании)? Несомненно, что биологические изменения не имеют прямой ответственности за развитие социальных параметров. Мы должны признать, что воровство, поджоги, бродяжничество — социальные феномены, способные сформироваться лишь вследст-

вие влияния общественных отношений, но никак не биологических или патофизиологических факторов.

В ряду импульсивных действий выделяются своей «биологичностью» сексуальные перверсии, истоки которых могут скрываться, например, в эндокринных нарушениях, хотя и в их развитии значительную роль играет социальная (или микросоциальная) среда. Поэтому, необоснованным и ошибочным можно признать формулирование диагноза психической болезни типа: «Шизофрения, непрерывно текущая, психопатоподобный вариант, клептоматический синдром» или «Органическое поражение ЦНС со снижением интеллекта и дромоманическим синдромом».

Знания принципиальных положений психогенеза заболеваний, закономерностей формирования психопатологических синдромов и симптомов позволяет избежать ошибок при формулировании диагноза психической болезни, что, в свою очередь, дает возможность адекватно подойти к терапии болезни и пациента.

Диагностические ошибки, обусловленные лекарственным патоморфозом психических заболеваний

Лекарственный патоморфоз является хотя и не частой, но довольно типичной причиной диагностических ошибок в психиатрии. Недоучет действия психофармакологических препаратов приводит к тому, что основному заболеванию начинают приписывать свойства ему не характерные. Диагностические трудности возникают у врача при сочетании в клинической картине заболевания обследуемого расстройства эндогенного круга и нарушений экзогенно-органических, возникающих на фоне терапии. Диагносту приходится заново ретроспективно анализировать клиническую картину, искать в ней признаки «органоидности», пытаясь «увязать» появившуюся симптоматику с анамнезом.

Учитывая тот факт, что действие психотропных препаратов небезразлично для человеческого организма и способно само по себе вызвать определенные психопатологические феномены, в психиатрии нередко используют выжидательную тактику. Поступившим в стационар больным в первое время не назначают активного лечения, способного изменить клиническую картину болезни, за-

тушевать симптоматику. Это помогает диагносту исключить артефакты, вызванные лекарственным патоморфозом.

Душевнобольного необязательно начинать лечить сразу после помещения в психиатрическую клинику. В отличие от ургентных состояний в терапии или хирургии, душевнобольной реже нуждается в экстренной медицинской помощи. Чаще на первом этапе (госпитализации) требуется изоляция пациента во избежание самоповреждений или нанесения ущерба окружающим, а не собственно лечение. Принцип — раннее выявление и начало лечения — залог эффективности терапии — не отражает истинного положения в психиатрической практике. Целенаправленную активную терапию обычно начинают в психиатрии лишь после тщательного обследования и установления диагноза. Вред диагносту наносит не только массивная терапия, выражающаяся в увеличении побочных эффектов, но и поддерживающая (так называемая «гимнастика для микробов»), недостаточная для купирования симптоматики и приводящая лишь к переводу симптомов в наименее курабельное латентное состояние.

В психиатрической клинике часто встречается диссимуляция душевнобольным своего болезненного состояния. Пациент бывает по некоторым субъективным причинам неоткровенен, по болезни не признает себя больным, отказывается от обследования, от разговоров с врачом. Однако и здоровый человек, попавший в психиатрическое учреждение, может быть шокирован, может отказаться от обследования. Все это значительно затрудняет диагностический поиск и часто приводит к ошибкам, влекущим социально несправедливые меры.

С целью избежания диагностических ошибок и наиболее полного выявления психопатологической симптоматики в психиатрической практике используют некоторые психотропные препараты, способствующие временному обострению болезни, переводу ее с субклинического на клинический уровень. Чем острее симптоматика, тем легче ее диагностировать, и как следствие, правильно и адекватно лечить.

С этой целью часто используют психостимуляторы и антидепрессанты со стимулирующими компонентами действия. Наиболее распространено применение сиднокарба и мелипрамина в терапевтических дозах. Нередко для раскрытия диссимуляции используют так называемое амитал-кофеиновое растормаживание. Суть его заключается в том, что психопатологическое обследование пациента

проводят на фоне введения ему амитала натрия, с помощью которого облегчается контакт с больным.

Наряду с сиднокарбом, мелипрамином и амиталом натрия, в качестве дифференциально-диагностического теста могут использоваться и иные психотропные препараты. Так, известно, что депривация сна способна приводить к улучшению состояния чаще при эндогенном генезе депрессивного синдрома. В то время как невротическая или реактивная депрессия не только не исчезают, но могут под действием этой процедуры даже углубиться.

Некоторые антидепрессанты (амитриптиллин, азафен, пиразидол), применяемые в изолированном виде, способны купировать замаскированную, ларвированную депрессию эндогенного круга, но практически не влияют на невротическую симптоматику.

Количество диагностических ошибок резко возрастает в случаях, когда врачом не учитывается действие психотропных препаратов, изменяющих клиническую картину психической болезни. Известно, что многие из лекарств, используемые в психиатрической практике, способны вызвать расстройства, клинически сходные с психопатологическими. Наиболее часто подобные эффекты наблюдаются при применении нейролептиков, реже транквилизаторов и антидепрессантов, солей лития.

Побочные действия психотропных препаратов распространяются практически на все сферы психической деятельности человека: эмоцию, волю, сознание, мышление, память и прочие.

В плане диагностических ошибок интерес представляют такие проявления нейролептического синдрома, в широком понимании этого термина, как нейролептические депрессии, судорожный синдром, акатизия и акайрия, сексуальные нарушения, делирий и некоторые другие. Остановимся на них подробнее.

Значительные сложности в оценке психического статуса пациента представляют нейролептические депрессии, которые могут приниматься диагностом за депрессию в структуре имеющегося заболевания. Чаще они возникают при использовании нейролептиков с седативным спектром действия (аминазин, тизерцин, пропазин). Как и любая иная, нейролептическая депрессия опасна прежде всего увеличением суицидального риска.

Трудно сказать, что именно приводит больного к суицидальным тенденциям — непосредственное действие нейролептиков или реакция личности на необходимость их длительного употреб-

ления и в связи с этим пессимистический взгляд в будущее. Однако правильная оценка депрессивного состояния, вызванного лекарствами, позволяет избежать тактических ошибок.

Необходимо помнить, что при лечении нейролептиками и антидепрессантами встречается психофармакологический делирий, судорожный синдром, на описании которых мы не останавливаемся вследствие их широкой известности. Описано развитие синдрома Жиля де ля Туретта вследствие приема аминазина.

Из эмоционально-волевых расстройств, возникающих под действием нейролептиков, имитирующих негативную шизофреническую симптоматику, можно назвать апатико-абулический синдром, сопровождающийся замедлением мышления, снижением его продуктивности, вялостью, заторможенностью, астенией и аспонтанностью.

Диагностические ошибки нередко встречаются при квалификации таких проявлений нейролептического синдрома, как акатизия и акайрия, известных под названием синдрома Делея-Деникера (1961). Он сходен с признаками синдрома тревоги. Акатизия, описанная Гашковец, проявляется в неспособности длительное время сохранять одну и ту же позу, сидеть, лежать, чем-либо монотонно заниматься. Акатизия, как правило, не сопровождается беспокойством или тревогой. Иным феноменом является «синдром беспокойных ног» Виттмаака-Экбома (1861, 1945) — приступообразно возникающие, исключительно неприятные ощущения типа парестезий или болей в области наружных поверхностей голеней, реже стопах. Они усиливаются в состоянии покоя, в ночное время и ослабевают, даже совсем исчезают при движениях. «Синдром беспокойных ног» сопровождается тяжелой бессонницей и наблюдается, в отличие от акатизии, при соматических и неврологических заболеваниях (гипохромной анемии, авитаминозах, венозном застое), психогениях. Описаны и иные побочные эффекты нейролептиков, например, маятникообразное раскачивание, подобное кататоническим стереотипиям.

Акайрия, вызванная приемом нейролептиков, характеризуется проявлением назойливости, навязчивости, «прилипчивости» больного (М. И. Аствацатуров, 1928). Больной многократно задает врачу одни и те же вопросы, хотя и получил уже на них ранее ответы. Акайрию можно ошибочно принять за обстоятельность, туго-

подвижность, ригидность всей психической деятельности, встречающейся при органических поражениях головного мозга.

Спектр сексуальных нарушений вследствие использования нейролептиков достаточно широк. Наиболее часто встречаются импотенция и фригидность. При оценке их генеза редки ошибки. Большие диагностические трудности возникают при появлении в клинической картине болезни гиперсексуальности. Многие психические заболевания могут проявляться подобными расстройствами (шизофрения, олигофрения, эпилепсия). Однако необходимо помнить, что и нейролептики широкого спектра действия способны вызвать гиперсексуальность, носящую по своим механизмам вторичный характер. В 1984 году Гриффитц описал возникающий у мужчин в процессе активной антипсихотической терапии приапизм, провоцировавший гиперсексуальное поведение, которое не являлось проявлением основного заболевания.

Наряду с нейролептиками, психопатологические феномены вызываются и другими психотропными лекарствами. Транквилизаторы способны вызвать нарушения памяти вплоть до антероградной амнезии (Пуш, 1984), нарушение сна в виде кошмарных сновидений.

Психически здоровые добровольцы, получавшие карбонат лития, отметили у себя ухудшение памяти, рассеянность внимания, астенические проявления (Вайнгартнер с соавт., 1985).

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А. / Функциональные асимметрии человека. М., 1988.

Завилянский И.Я., Блейхер В.М., Крук И.В., Завилянская Л.И. / Психиатрический диагноз. Киев, 1989.

Лебедев В.И. / Личность в экстремальных условиях. М., 1989.

Тарасов К.Е., Великов В.К., Фролов А.И. / Логика и семиотика диагноза. М., 1989.

ГЛАВА 3

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКОЙ НОРМЫ И ПАТОЛОГИИ

Трудности в диагностике психических заболеваний возникают чаще всего на начальном этапе диагностического процесса — при выявлении болезненных симптомов. Этим психиатрическая диагностика принципиально отличается от диагностики соматических, инфекционных, неврологических и любых иных заболеваний, где начальный этап в сравнении со следующими наименее сложен. Так, например, в наличии симптома кашля, головной боли или насморка усомниться трудно, тогда как многие психиатрические симптомы спорны для оценки вследствие сходства их с признаками здоровой психики. Поэтому они могут не распознаваться или, наоборот, психологические проявления могут оцениваться в категориях психопатологических, т. е. болезненных. Диагностический процесс в психиатрии значительно облегчается, если верно оценены симптомы, т. к. в дальнейшем существует определенный алгоритм распознавания болезни, присутствуют синдромы с предпочтительностью нозологической квалификации, включающие в себя строго очерченный набор симптомов. В других клинических медицинских дисциплинах трудности возникают чаще на втором (синдромальном) или третьем (нозологическом) этапах диагностики. Психиатры не могут встать на позицию некоторых невропатологов, основывающихся в своей диагностической практике не только на явных симптомах, но и на тех, на которые «есть намек».

Основой психиатрической диагностики является верная оценка симптома. Впрочем, именно на этом этапе встречается наиболь-

шее количество ошибок. Широкая осведомленность современного пациента в психиатрической терминологии увеличивает риск диагностических ошибок, особенно в случаях невозможности непосредственно наблюдать изменения поведения больного, а также из-за отсутствия данных объективного анамнеза. К примеру, наибольший риск неправильной оценки особенностей нормального мышления возникает при обследовании личности с высоким уровнем умственного развития.

В оценке психиатрического симптома нельзя основываться на определении и предъявлении его пациентом. Указание обследуемого на появившуюся у него «апатию» не означает, что этот симптом присутствует в клинической картине болезни. Подобных сложностей не возникает в клинике внутренних болезней, где зачастую вся диагностика строится на высказываниях пациента. Выявляется даже такая зависимость: чем грамотнее в медицинском плане обследуемый, чем точнее он может изложить свое состояние в научных терминах (например, если пациент — врач), тем объективнее диагностика соматической болезни. Ведь в подобном случае «медицински подкованный» квалифицированный больной самостоятельно выберет из проявлений своего заболевания существенные симптомы, сможет проанализировать, четко описать их характер, выраженность, особенности течения.

В психиатрической практике подобной зависимости отметить не удается. Как бы хорошо душевнобольной ни разбирался в психиатрии, он не сможет критично оценить свое состояние и осознать наличие некоторых симптомов, что встречается и при психозах, и при неврозах. К сожалению, вопросы самосознания душевных болезней еще недостаточно теоретически разработаны. Однако можно предположить, что, наряду с объективно неосознаваемыми симптомами — такими, например, как бредовые и сверхценные идеи — имеются условно неосознаваемые или осознаваемые не в полной мере и не в любое время (галлюцинации, навязчивые ритуалы и т. д.). Можно предполагать, что такие психопатологические симптомы, как аутизм, апатия, амбивалентность, абулия, мания, разорванность, резонерство, бессвязность и некоторые другие качественные нарушения мышления не могут быть полностью осознаны пациентом. Исходя из дефиниции, подобные симптомы принципиально не могут до конца осознаваться. В противном случае логично обозначать эти симптомы иными терминами, например, интраверсия вместо аутизма, гипопатия

взамен апатии, гипобулия в противовес абулии и т. д. Видимо не поддаются критическому анализу негативные (дефицитарные) симптомы, в то время как к позитивным симптомам возможно появление адекватного отношения больного. Приведение пациентом в качестве проявлений своей болезни вышеперечисленных симптомов не может являться объективным и не способно служить основой для диагностики.

Таким образом, не представляется возможным считать в качестве основополагающих при распознавании болезни декларируемые пациентом симптомы с помощью известных ему медицинских психиатрических терминов. Кроме вышеперечисленных причин подобная невозможность связана и с наличием разночтений в понятиях одних и тех же психиатрических терминов. Многие люди в быту вкладывают неверное значение в такие термины, отражающие расстройство психики, как тоска, тревога, беспокойство, смешивая их, не видя никакой разницы между этими нарушениями. Больной человек может жаловаться на тоску, определяя свое эмоциональное состояние именно этим словом, несмотря на то, что у него объективно определяется не тоска, но тревога. Построение диагностики лишь на основании определения своего состояния пациентом часто приводит клинициста-психиатра к диагностическим ошибкам.

Следует сказать, что желание пациента при оценке своего состояния использовать психиатрические термины может косвенно указывать на иные расстройства и способствовать выявлению истинных нарушений ассоциативного процесса.

Проблема нормы и патологии в клинической психиатрии одна из наиболее сложных. Л.Л.Рохлин (1974) указывал на возможность возникновения сходных проявлений у здоровых и душевнобольных людей (чаще страдающих психопатиями, чем абсолютно здоровых). Повторимся, что для разделения нормы и патологии среди прочих причин необходимо учитывать те социально-психологические сдвиги, которые характерны для современного общества.

Об относительной ценности психопатологических симптомов говорят этнопсихологические и транскультуральные исследования, изучающие структуры заболеваний в различных регионах мира у людей разных наций и народностей.

До настоящего времени остается неясным положение о том, возможно ли возникновение психопатологических феноменов у

здорового человека или же в период их появления такого человека нельзя считать вполне здоровым и следует признать условно душевнобольным (подразумевая под душевной болезнью не только психозы, но и невротические расстройства). Остановимся подробнее на ошибках квалификации некоторых наиболее сложных в диагностическом плане симптомов.

Нередки ошибки при оценке **навязчивых мыслей**, воспоминаний, опасений и движений. При этом возможно три варианта определения состояний, два из которых имеют четкое психиатрическое обозначение: навязчивые и насильственные (импульсивные) состояния. Сравнивая эти болезненные симптомы с проявлениями здоровой психики, которые трудно определить каким-либо термином (наиболее подходящим можно считать слово «назойливость»), обращает на себя внимание, в первую очередь, степень чуждости симптомов для самой личности. Так, при навязчивых состояниях больной остро переживает невозможность избавиться от навязчивостей, прилагает к этому массу усилий, совершает необычные ритуальные действия, которые помогают лишь на время избавиться от тягостного переживания.

Насильственные мысли, движения чаще не сопровождаются критическим пониманием их чуждости, возникают непроизвольно, автоматически. Они обычно не тяготят больного и могут не привести его к врачу.

Крайне трудно определить в ряду психолого-психопатологических место мыслей и действий здорового человека, обозначенных нами условно «назойливостями». Ведь они так же, как и навязчивости осознаются человеком, пытающимся противоборствовать им. Следует признать, что четких дифференциально-диагностических критериев для разграничения болезненных и неболезненных (или донозологических) навязчивостей выделить не удается. Однако любое проявление навязчивостей нельзя относить к психопатологическим феноменам.

Важнейшим критерием оценки вариантов нормы является их относительно целесообразный характер и отсутствие чрезмерно длительной фиксации, не соответствующей требованиям деятельности или потребности индивидуального развития. Понимая всю условность выделенных критериев, мы надеемся, что в дальнейшем они приобретут более четкие диагностические опоры.

Значительные трудности возникают у диагноста при столкновении с таким психопатологическим симптомом как аутизм.

Аутизмом обычно обозначают состояние больного, сопровождающееся погруженностью в мир собственных переживаний (В.С.Гуськов, 1965), замкнутостью, отгороженностью от внешнего мира, ограничением контактов с окружающими людьми, уменьшением потребности в общении. Несмотря на достаточно ясное определение этого психопатологического термина, нередки ошибки при его клинической оценке. Следует помнить, что аутизм — достаточно стойкое состояние, не подверженное значительным колебаниям, т. к. оно рассматривается в рамках дефицитарных симптомов. Суть последних заключается в процессе «обкрадывания» здоровой психики, нанесения ей невосполнимого ущерба.

Нормальным и обязательным для душевного здоровья свойством является коммуникативная функция мышления. Вследствие этого у человека существует биологически обусловленная потребность в общении. Эта потребность у разных людей по своей интенсивности различна. Она вплетается в структуру психической деятельности и, наряду с другими необходимыми составляющими (волей, ассоциативным процессом, памятью, интеллектом) формирует индивидуальный уровень психического здоровья. При игнорировании этого обстоятельства возможны ошибки в диагностике психических заболеваний.

Неправомерно для построения диагностического процесса делать упор лишь на сравнение психических симптомов - признаков разных людей. Недопустима формулировка: «У многих так бывает». Важен анализ изменения психического функционирования конкретного человека, с конкретным наследственно обусловленным и сформированным в процессе жизни уровнем душевного здоровья. К аутизму такие рассуждения имеют непосредственное отношение, т. к. сравнивая людей по параметру общительности, можно прийти к неверному мнению о наличии у менее общительного признаков аутизма.

Важным диагностическим параметром аутизма является отсутствие к этому симптому достаточной, истинной критики, переживания своей замкнутости, нелюдимости. Аутизм сочетает в себе не только невозможность установления больным контактов с окружающими его людьми, но и болезненное нежелание этого делать, способность довольствоваться одиночеством. Именно так проявляется аутистическое мышление, обходящееся без притока информации извне.

Принципиально различны по механизмам возникновения **аутизм и интраверсия**, несмотря на то, что их определения схожи. Интраверсия определяется как нелюдимость, замкнутость, поглощенность собой, обращенность внутрь личности (В.С.Гуськов, 1965). Интраверсия в действительности представляет собой ту вариативную норму человеческой психики, которая, опираясь на индивидуальный биологически обусловленный уровень здоровья и особенности воспитания, формирует акцентуации характера, разнообразие индивидуальностей. Интраверсия в отличие от аутизма не может возникнуть внезапно. Кроме того, она способна к компенсации под влиянием внешних микросоциальных факторов, чем отличается от аутизма.

Э.Блейлер (1927) определял аутизмом симптом, отражающий отсутствие реального приспособления к требованиям жизни со склонностью к замене реальности мечтами и фантазиями, когда мышление и восприятие регулируется скорее личностными желаниями, чем объективной реальностью.

Как справедливо пишут Ц.П.Короленко и А.Л.Галин (1981), аутизм при всей кажущейся патологичности не всегда является психопатологическим феноменом. Погружение в мечты об исполнении желаемого особенно часто может наблюдаться у подростков в начальном периоде переделки жизненных стереотипов, что связано со становлением личности. На первых этапах выдвижения целей юноша не интересуется и не должен интересоваться, как и какими путями может быть достигнуто желаемое, идеальное. Само это и реальное может быть представлено в виде неопределенных переживаний, т.к. речь идет о выяснении целей. Представления о желаемом еще не сформировались.

Оценка такого состояния как патологического ошибочна. Не следует забывать, что речь идет о развивающейся личности. И то, что сейчас может оцениваться как стабильная черта личности, на самом деле является лишь фазой развития. Этап «приземления» идеалов, выбора способа их достижения и, возможно, разочарований будет следующим в развитии человека. Опережающая критика идеалов — это прежде всего попытка свести на нет творческие тенденции личности. Именно в этот период оторванного от жизни, не приспособленного к ней фантазирования складываются устойчивые цели поведения, формируется вера в достижение того, что никогда не было достигнуто (или, проще, не достигалось лицами, представляющими реальное окружение человека).

Еще А.Ф.Лазурский подчеркивал, что процесс адаптации личности с более высоким уровнем психического развития отличается от процесса адаптации личности среднего уровня. Оценка фантазирования с увлечением фантазиями при наличии неприспособленности к жизни как аутизм неверна. Правильная квалификация этих состояний возможна лишь при учете многих черт личности (особенно ее развития), характера отношений с окружающей средой и, что самое главное, при учете динамики дальнейшего развития личности.

Сложными для психопатологической оценки считаются следующие понятия: **патологическая нерешительность и амбивалентность**. Нерешительность («наполненность колебаниями») может встречаться у здоровых людей, лиц с особенностями характера, а также у психически больных (невротиков, психопатов). Амбивалентность — существенный признак шизофрении. Е.Блейлер (1911) различал три вида амбивалентности: 1) в аффективной сфере — одно и то же представление сопровождается и приятными, и неприятными чувствами; 2) в области воли (амбитендентность) — двойственность поступков, действий, побуждений; 3) в области интеллектуальной деятельности — одновременное возникновение и сосуществование мыслей противоположного характера. Отличием патологической нерешительности от амбивалентности может служить критическое отношение, наблюдающееся при первом симптоме.

Однако круг дифференциальной диагностики не исчерпывается патологической нерешительностью, встречающейся при неврозах и психопатиях. Некоторые авторы (М.Ярош, 1975; Ц.Г.Короленко, А.Л.Галин, 1981) отмечают амбивалентность в норме, предостерегая от квалификации ее только как клинического симптома. Они справедливо считают, что диалектический подход, отражающий наиболее глубокие законы мышления, предполагает рассмотрение окружающих явлений в духе выявления противоречий, анализа их развития. Представить себе одновременное сосуществование не только различающихся, но и противоположных сторон в явлении — это значит не только формально фиксировать противоречия, но и переживать соответствующие эмоции, ибо без эмоций невозможно никакое познание истины. Поэтому по меньшей мере до момента выбора способа разрешения противоречия человек «имеет право» на противоречи-

вые эмоции (по терминологии психиатров — амбивалентность). Иначе его отражение окружающего мира окажется упрощенным.

Указывая на тот факт, что амбивалентность может встречаться в норме, М.Ярош (1975) пишет о том, что речь в этом случае идет не об исключении, а о полном «праве» здорового человека одновременно переживать противоречивые эмоции (т. е. проявлять «амбивалентные» отношения).

Существуют значительные различия в степени подобной амбивалентности людей по отношению к различным сторонам жизни. И.Н.Козлова (1978) не без основания указывает, что лица с более развитым и сложным мышлением более амбивалентны, чем лица с мышлением более простым и примитивным. Следует также иметь в виду, что амбивалентность в норме чаще проявляется при оценке сложных объектов и ситуаций (наличие противоположных чувств и мыслей в таких случаях отметили у себя 72% студентов университета, причем 22% из них — в ярко выраженной степени), чем при оценке простых (Ц.П.Короленко, А.Л.Галин, 1981).

Убедительные данные психологических исследований доказывают существование у здорового человека состояний, внешне схожих с амбивалентностью. Однако мы не склонны считать, что их правомерно обозначать тем же медицинским клиническим термином. В целях упорядочения психиатрической терминологии и избежания диагностических ошибок на этой почве нецелесообразно обозначать словом «амбивалентность» проявление здоровой психической деятельности.

Здесь мы сталкиваемся с неким парадоксом: если амбивалентностью (или любым иным психиатрическим термином) нельзя оценивать состояние душевно здорового человека, но мы стоим лишь у истоков диагностического процесса, когда неизвестно еще болен человек или нет, имеет ли право диагност обобщать, предвосхищать события? Нет ли здесь логической ошибки, когда не зная результата, отвергаем его предпосылки?

Говоря о норме и патологии, мы ратуем за терминологическую точность, являющуюся основой правильной диагностики, гарантирующей избегание ошибок на пути познания истины. Ведь диагностика — это одна из форм познания объективной реальности (В.Х.Василенко, 1959). В начале исследования у врача сразу же складывается более или менее четкое представление об отнесении больного к той или иной диагностической категории. Предполагаемое в руководствах установление диагноза на основе цепи индук-

тивных и дедуктивных умозаключений есть не отражение реального процесса постановки диагноза, а рекомендуемая схема обучения. Первичное представление или понятие, как пишет В.Х.Василенко, может сформироваться у врача под влиянием самых разнообразных причин (знаний истории болезни, мнение коллег, первое впечатление и т. д.). В психиатрии существует понятие — «чувство шизофрении». Важно, чтобы первичное представление (недостаточно обоснованное понятие) не было бы в такой степени ригидным и доминирующим, чтобы воспрепятствовать усвоению не соответствующих и даже противоречащих ему данных и тем самым привести к диагностической ошибке. В ходе исследования это общее представление или понятие, служащее направлением хода мышления врача, может и должно меняться под влиянием новой информации.

«Диагноз больного, — писал еще С.П.Боткин, — есть более или менее вероятная гипотеза, которую необходимо постоянно проверять; могут явиться новые факты, которые могут изменить диагноз или увеличить его вероятность».

Как справедливо указывает М.С.Роговин (1979), уже на первичном этапе постановки диагноза — на этапе квалификации симптомов — имеет место диалектическое противоречие между общепатологическим и частнопатологическим, происходит разделение процесса познания. С одной стороны, в терминах психопатологических абстракций (психопатологических симптомах) осуществляется анализ — выделение того, что представляется наиболее важным на общей совокупности воспринимаемого, и синтез — объединение, суммирование этих выделенных в анализе признаков в целостное образование (синдромы). С другой стороны, идет мыслительный процесс фиксации признаков, который не является полностью ни анализом, ни синтезом, поскольку интеграция уже существует в объекте и, следовательно, индивидуальные черты воспринимаются в их единстве. «Это скорее процесс установления факта включенности, чем анализ и синтез», — пишет М.С.Роговин. По отношению к непосредственно наблюдаемому абстрактный анализ и синтез несут как бы контрольную функцию.

Преодолению этого раздвоения процесса познания при постановке диагноза служит введение и использование особых рабочих понятий как психопатологических (симптомы, синдромы, нозологические формы), так и оценочных (норма и патология, органическое и функциональное, позитивные и негативные симптомы,

специфичные и неспецифичные изменения психики и т. п.). Характерной особенностью этой особой группы является то, что по мере углубления исследования и уточнения диагностических предположений отбрасываются наиболее неопределенные из них и подключаются те, которые по своему содержанию ближе к системным понятиям научной психопатологии (по-видимому, в указанной последовательности понятия «нормы» и «патологии» еще находятся в непосредственной близости к сфере донаучного, обычного мышления, но совершенно иными являются, например, понятия позитивных и негативных симптомов (М.С.Роговин, 1979).

Отвлечение от основной обсуждаемой темы ошибок в оценке психопатологических симптомов имеет принципиальное значение и для уточнения следующего достаточно сложного с точки зрения квалификации психопатологического феномена — резонерство. Обратимся вновь к психологическим исследованиям, проведенным Ц.П.Короленко и А.Л.Галиным (1981). Авторы небезосновательно считают, что в условиях нормы состояния, сходные с резонерством могут наблюдаться в период наиболее активного развития логического мышления (14 - 20 лет), что требует и способности к абстрагированию. Эту особенность можно отметить у лиц с высокой стабильностью установки на логическое мышление при склонности к ее генерализации. При специальном опросе (сочетание бесед и анкетных методов) 46% студентов II курса университета (физического и математического факультетов) отметили у себя склонность к отвлеченному мышлению. Истолковать это явление как психопатологическое неправомерно (Ц.П.Короленко, А.Л.Галин, 1981).

В период становления и развития логического мышления возникает стремление «испробовать», «проверить» его в приложении к различным сторонам жизни. В том случае логическое действие, ставшее достоянием субъекта в своей развитой форме, нередко приобретает самостоятельную ценность. В то же время навыки мышления еще недостаточно сформировались. Логические построения при этом могут не быть примитивными, но со стороны воспринимаются как отвлеченные, лишенные цели, т. е. как бы резонерские. На самом деле речь идет о нормальном формировании психической функции — логического мышления.

Существуют и значительные различия в стилях мышления. Они касаются как перехода от объекта к субъекту, так и различия

при переходе от одной выборки к другой. Так, у одних испытуемых преобладает установка на конкретное, у других — на абстрактное мышление (Дж.Брунер, 1977). Исследования здоровых А.Л.Галиным с помощью опросника для измерения степени ориентации личности на понятийно-логическое мышление показало, что, например, у студентов-первокурсников физико-математических специальностей установка на обобщенное логическое мышление как сформированная и устойчивая черта личности встречается в 5-6 раз чаще, чем у студентов медицинского вуза. Эта установка проявляется, в частности, в буквальной неспособности студента иметь дело с какими-либо конкретными объектами вне включения их в контекст анализа обобщенных смысловых связей. Это проявляется при анализе как конкретных физических, так и социальных явлений. Указанные данные подтверждены экспертными оценками, результатами изучения речи лиц, обнаруживших стабильную установку на логическое мышление и результатами других исследований.

С позиций конкретного мышления (имеются в виду различия в норме) анализ обобщенных связей — это отвлеченный, более или менее лишенный содержания и даже резонерский подход. На самом же деле речь идет о разных способах адаптации к среде: в одном случае адаптация достигается за счет накопления и систематизации конкретных знаний; в другом — за счет выявления обобщенных закономерностей, дающих априорную информацию о различных объектах и сторонах жизни, за счет выработки стратегии поведения сразу по отношению к целым классам объектов и ситуаций. Как первый, так и второй способы адаптации не лишены смысла. Относить второй способ поведения, учитывая его вероятность в некоторых выборках, к «предпатологической» форме не следует. Данный вариант развития личности чаще связан с особенностями профессиональной, учебной деятельности, а также с рядом дополнительных черт в характере личности. Прямолинейная оценка личности в подобных случаях, особенно при наличии противоположных стилевых особенностей мышления у оценивающего, может привести к ошибочным выводам. Необходимы подробный анализ истории развития личности, а также оценка личностных особенностей в целом.

Можно провести параллели между таким психопатологическим феноменом, как **резонерство** и проявлением здоровой психики — **демагогией**. Под демагогией понимают рассуждения,

основанные на одностороннем осмыслении, истолковании чего-либо (С.И.Ожегов, 1949). Следующее определение дано понятию «резонерство» в «Толковом словаре психиатра» (В.С.Гуськов, 1965): «Резонерство — нарушение мышления, при котором больной вместо ясного по содержанию и достаточно четкого по форме ответа на конкретный вопрос или описание какого-либо определенного события, случая, предмета, явления прибегает к пространным разглагольствованиям в пределах данной темы, приводит не основанные на фактах доказательства, увлекается бессмысленными рассуждениями в ущерб смыслу говоримого. При резонерстве предложения построены грамматически правильно, изобилуют причастными, деепричастными оборотами, вводными словами; речь многословна, но, несмотря на это, больной в своем повествовании нисколько не продвигается. Резонерство — бесплодно, т. е. оно не приводит к познанию».

Сравнивая понятия резонерства и демагогии, можно найти много общих черт при существенной альтернативной разнице этих понятий — демагогия характеризуется, в первую очередь, осознанным, намеренным введением в заблуждение собеседника для достижения своих целей. Демагог всегда конкретно ставит перед собой определенную цель, демагогия при этом лишь средство. Она обычно распространяется на значимую для данного человека сферу деятельности или событий. В то же время резонерство — бесцельно, оно проявляется в любой ситуации и по любому поводу, причем больной часто сам ищет подобные поводы.

Нередко при обосновании диагноза психиатры используют такой клинический термин, как **диссоциация психических процессов**. Впрочем, трактовка его далеко не однозначна, хотя часто этот критерий диагностики становится одним из решающих. Термин «диссоциация» появился в начале века параллельно с термином «расщепление психической деятельности» (Э.Блейлер, 1911). Под диссоциацией понимается «совмещение несовместимых» сторон психики. Например, больной с бредом величия и могущества может слезно выпрашивать кусок хлеба или больной, на словах опечаленный разрывом с любимой девушкой, на деле становится гипоманиакальным, излишне веселым. Следует очень внимательно, взвешивая все психологические особенности испытуемого, описывать диссоциацию психических процессов.

Наряду с таким симптомом, как диссоциация, психиатрами зачастую просматриваются и не распознаются некоторые ассоци-

ативные нарушения. Особое место в этом ряду принадлежит симптомам **«соскальзывания»** и **«разноплановости»**, объединенных некоторыми авторами термином «аморфность мышления». Несмотря на определенную общность понятий соскальзывания и разноплановости, они встречаются при различных состояниях. Соскальзывание можно выявить у еще сохранных больных шизофренией, на начальных этапах становления болезни. Разноплановость же чаще является признаком шизофренического дефекта.

Сущность нарушения мышления по типу соскальзывания заключается в том, что, правильно решая какое-либо задание, либо рассуждая о каком-нибудь предмете, больной неожиданно сбивается с правильного хода мыслей по ложной, неадекватной ассоциации, а затем вновь способен продолжать рассуждения последовательно, не возвращаясь к допущенной ошибке и не исправляя ее (Б.В.Зейгарник, 1958). Наиболее ярко соскальзывание может проявляться в психологическом эксперименте на «классификацию предметов», «исключение лишнего». Так, больная правильно отвечая на многие экспериментальные задания, может в опыте на «исключение лишнего» при предъявлении ей карточек с изображением очков, весов, термометра и часов предложить несколько вариантов исключения. Например, в одну группу ею могут быть объединены очки, термометр, часы по принципу «медицинских»: «Врач через очки смотрит по часам пульс и определяет температуру тела термометром». Подобное нарушение мышления базируется на использовании больным не основных, а латентных признаков для классификации предметов и явлений.

При разноплановости мышления больных, они не выдерживают единой линии рассуждения, рассматривая какое-нибудь явление, а подходят к нему с разных позиций. В качестве иллюстраций приведем протокольную запись суждения больного, которому предлагалось объяснить поговорку: «Цыплят по осени считают» (наблюдение Б.В.Зейгарник, 1958). Больной говорит: «Ну, это вполне понятно. Иногда всегда подсчитывают, когда они осуществились. Когда дело сделано. И только тогда можно уже заявить об увеличении успехов того или иного мероприятия. А то можно работать без конца, без края, шума много из ничего получится, как у Шекспира, помните? ... Пошумели, говорили, бегали, метались, торопились, а в результате что? Итог каков? Все в трубу, навылет. То есть шумиху подняли, а дела нет. Поэтому — меньше шума,

больше дела, больше собранности, организованности, а потом сказать: "Ну вот, товарищи, как бы там ни было, дело сделали, будьте здоровы". Например, если мы строим какое-нибудь здание — вот наш долг, если мы сдаем экзамены — вот наши оценки, отметки, пять, отлично или там, например, четыре, хотя на плохой конец, я говорю. Четыре — это уже терпимо, я считаю, но вообще нужно на отлично, чтобы было пять. Вот так. Вот это называется ...много шума из ничего, или как вы сказали — пословица: «Кур по осени или цыплят по осени считают». Ну да если непосредственно про них говорить, их перетаскивают кошки, как говорится».

Приведенное выше понятие аморфности мышления подразумевает под собой расплывчатость суждений больного, неспособность отразить сущность вещей и явлений. Во избежание диагностических ошибок и для выявления «легких» расстройств мышления, не достигающих степени разорванности, от врача-психиатра требуется не только собранность и внимательность, но и культура собственного мышления, знание законов логики. Очень важно умение сделать правильные выводы из добытых фактов. Логика не может в полной мере ответить на вопрос, как нужно мыслить в любом конкретном случае, она может твердо сказать, как не надо мыслить (А.С.Попов, В.Г.Кондратьев, 1972).

Ошибочно может быть расценено **персеверацией** состояние лектора, склонного к неоднократному повторению заключительных слов или фраз каждого предложения. Известно, что персеверация — симптом расстройства мышления, характеризующийся длительным доминированием одной ассоциации, трудностью переключения на следующую мысль. Персеверация никогда не встречается изолированно от других симптомов, она сочетается с нарушениями сознания, памяти. Речь лектора оценить в категориях болезни неправомерно. Подобную особенность можно расценить либо как сознательное растолковывание слушателям важного тезиса, либо как вредную речевую привычку.

Симптом «уже виденного» может быть неверно оценен как проявление **бреда инсценировки** с элементами ложного узнавания. При дифференциации этих нарушений упор делается на кратковременность состояния типа «уже виденного» и полной критичности при нем. Тогда как к бредовым расстройствам с ложными узнаваниями окружающих людей (симптом Фреголи) больной относится некритично.

Диагностические ошибки возможны при выявлении **ипохондрического синдрома**, оценке его принадлежности к бредовым, сверхценным или навязчивым явлениям. Процесс диагностики ипохондрии в подавляющем большинстве случаев сопряжён с методиками объективизации, способными подтвердить либо отвергнуть соматическое, неврологическое или иное непсихическое заболевание. Только в этом случае психиатр имеет не только врачебное, но и моральное право выставить диагноз ипохондрии, т. к. его постановка предопределяет и изменяет отношение к жалобам больного, как к преувеличенным, утрированным и даже не имеющим под собой веских оснований. Психиатр должен помнить, что ошибка — чаще гипердиагностика — в клинической оценке ипохондрии может повлечь за собой игнорирование истинного заболевания, способного привести к печальным исходам.

Постановка диагноза ипохондрического состояния способствует зачастую тому, что все появляющиеся в дальнейшем симптомы различных болезней трактуются в качестве ипохондрических проявлений. Следует помнить, что диагностические критерии многих соматических болезней меняются год от года. Так, после пересмотра принципов оценки ревматизма большое число больных было исключено с диспансерного учета. Ревматологи отказались их лечить, мотивируя это тем, что «диагноз ревматизма не подтвердился» (уточним — несмотря на многолетнее лечение этого заболевания).

Многие пациенты после выявления у них ипохондрии не соглашаются с диагнозом, требуют не психиатрического, а соматического лечения, ссылаясь на то, что «каждый человек имеет право на такое отношение к своему здоровью, которое считает оптимальным». Это необходимо помнить при оценке ипохондрического синдрома, диагностика которого должна строиться не на сравнении отношения различных людей к своему здоровью, а в большей степени на соответствии жалоб больного объективной диагностике соматического страдания и на степени психической дезадаптации вследствие признания себя больным.

Ошибки в оценке принадлежности ипохондрии к кругу бредовых, сверхценных или навязчивых идей также могут обернуться грозными последствиями. Нераспознавание бредового характера этого симптома, может привести к тактическим ошибкам: игнорирование необходимости стационарного психиатрического лече-

ния способно обернуться социальной опасностью действий больного (суицидальными попытками, агрессией).

Критерии дифференциации бредовых, сверхценных и навязчивых ипохондрических идей достаточно ясны. Однако в практической деятельности трудны для распознавания. Критическое отношение к ипохондрии крайне трудно определить, его колебания отмечаются даже там, где их быть теоретически не должно. Некоторыми же авторами отвергается сама возможность возникновения навязчивых ипохондрических идей, которые расцениваются ими в рамках сверхценных идей.

Из группы расстройств восприятия диагностические ошибки нередко встречаются при оценке **сенестопатий**, которые достаточно трудно дифференцировать от **парестезий**, а иногда от **галлюцинаций**. Как известно, под сенестопатиями понимают неприятные тягостные ощущения в теле больного, носящие мигрирующий характер и сопровождающиеся трудностями их описания самим пациентом. В отличие от парестезий сенестопатии можно рассматривать в рамках не только расстройств восприятия, но и мыслительных нарушений. При их диагностике следует помнить об уровне интеллекта пациента, его культуре и словарном запасе. Нелепое описание ощущений во всех случаях необходимо соотносить со строем мышления человека. Не всегда необычное описание больным симптомов своей болезни может быть признано сенестопатиями. Парастезии, как принято считать, возникают при органических поражениях мозга, их проекция всегда соответствует зонам инервации. При разграничении сенестопатий с галлюцинациями следует помнить, что галлюцинаторные образы достаточно предметны (например, тактильные галлюцинации описываются больным как ползание червей или иных живых существ внутри кожи, в голове и т. д.). Сенестопатии же аморфны, больной не может конкретно определить источник неприятных ощущений, говоря, например, о «переливании жидкости в мозге при наклонах».

Немаловажное значение в правильной оценке психопатологических симптомов имеет значение принципиальной несочетаемости некоторых симптомов в рамках определенных психических заболеваний. Так, вряд ли могут одновременно присутствовать в клинической картине болезни нешизофренического круга апатия и депрессия, аутизм и маниакальный синдром.

Проблема возможности сочетания психических расстройств до настоящего времени стоит достаточно остро. Психиатрами редко диагностируется несколько психических заболеваний у одного и того же пациента. В подавляющем большинстве случаев, когда в клинической картине появляются «внезапно» симптомы иной душевной болезни, первый диагноз начинают рассматривать в качестве ошибочного и оценивают как нераспознанное атипичное течение второй болезни. Но не только на нозологическом уровне редки случаи диагностики двух и более душевных заболеваний. Среди синдромов и симптомов встречаются такие, которые появляются только совместно с иными или, наоборот, принципиально различны по механизмам возникновения, вследствие чего признаны несовместимыми. Причем несовместимы чаще некоторые симптомы психотического регистра, но не невротического.

Широкое использование профессиональных психиатрических терминов в художественной литературе, разговорной речи привело к некоторой дискредитации узкопрофессиональных понятий. В одни и те же слова вкладывается часто различный (а иногда и взаимоисключающий) смысл. Так, под маниакальным синдромом в психиатрии понимают сочетание эйфории (повышенного настроения) с двигательным возбуждением и ускорением ассоциативного процесса. В общежитейском смысле, а также в произведениях литературы в термин «маниакальный» вкладывают значение «бредовый». В первом случае источником понятия является слово манИИя («страсть, сильное проявление чувства» — маниакальный синдром без бреда), во втором — мААния («бред, увлеченность одной идеей» — в докрепелиновских классификациях), что приводит к разной трактовке единого термина. Исходя из понятия «манИИя», мы считаем неверным использование терминов клептоманИИя, дромоманИИя, дипсоманИИя, пироманИИя, дисморфоманИИя. В данном случае должен использоваться термин «мААния», указывающий на увлеченность одной идеей, а не «манИИя — повышенное настроение». Правильнее обозначать импульсивные действия как клептомААния, дромомААния, дипсомААния, пиромААния, а бредовое расстройство — дисморфомААния.

При оперировании специальными терминами психиатры часто используют их с неверными, но допускаемыми в узкопрофессиональном языке ударениями. Например: в психиатрии —

брЕЕдовый, эпилепсИИя, психопатИИя, афазИИя, энцефалопатИИя; в литературном языке — бредООвый, эпилЕЕпсия, психопААтия, афААзия, энцефалопААтия.

Приведенные в данном руководстве критерии для оценки уровней (регистров) и типов психического реагирования базируются на психиатрических терминах, в которые вкладывается зачастую различный смысл, что приводит не только к разночтению психопатологических проявлений и их различной оценке, но и к смешению нормы и патологии. Это можно подтвердить существованием таких близких по значению понятий, как **демонстративность, манерность, гебоидность, гебефреническое поведение**. Неправильная психопатологическая оценка каждого из приведенных терминов может привести к неверной трактовке состояния больного, обнаружению психопатологических феноменов там, где их в действительности не существует. Так установление «демонстративности» не говорит о собственно психическом расстройстве (демонстративность обозначается в словарях русского языка, как «представление, показ чего-либо наглядным образом» — Д.Н.Ушаков, 1935). «Манерность» в общежитейском смысле — «неестественность, искусственность, изысканность в манерах, жеманность, деланность, отсутствие простоты» (С.И.Ожегов, 1949). В узкопсихологическом смысле «манерность» представляет собой проявление психического заболевания (чаще шизофрении), когда необычные манеры больного лишены смысла, бесполезны. Класси (1922) описал «манерность» также в рамках истерического невроза и психопатии, противопоставляя эмоционально выхолощенной, стереотипной, вычурной с витиеватостью высказываний шизофренической «манерности» истерическую «манерность», при которой отмечалась (по Класси) склонность к театральной, демонстративной аффектации. С нашей точки зрения, с целью уточнения понятий «манерность» в рамках истерии следует обозначать не как истинно манерность, а как «демонстративность».

Близки к вышеупомянутым понятиям клинические психопатологические феномены — гебоидофрения и гебефрения, встречающиеся преимущественно при шизофреническом процессе. Гебефрения проявляется в отличие от манерности дурашливостью, нелепостью, импульсивностью и нецеленаправленностью поведения больных, склонных к гримасничанию (Кальбаум, 1863; Гекер, 1878). Гебоидофрения также складывается из психопатопо-

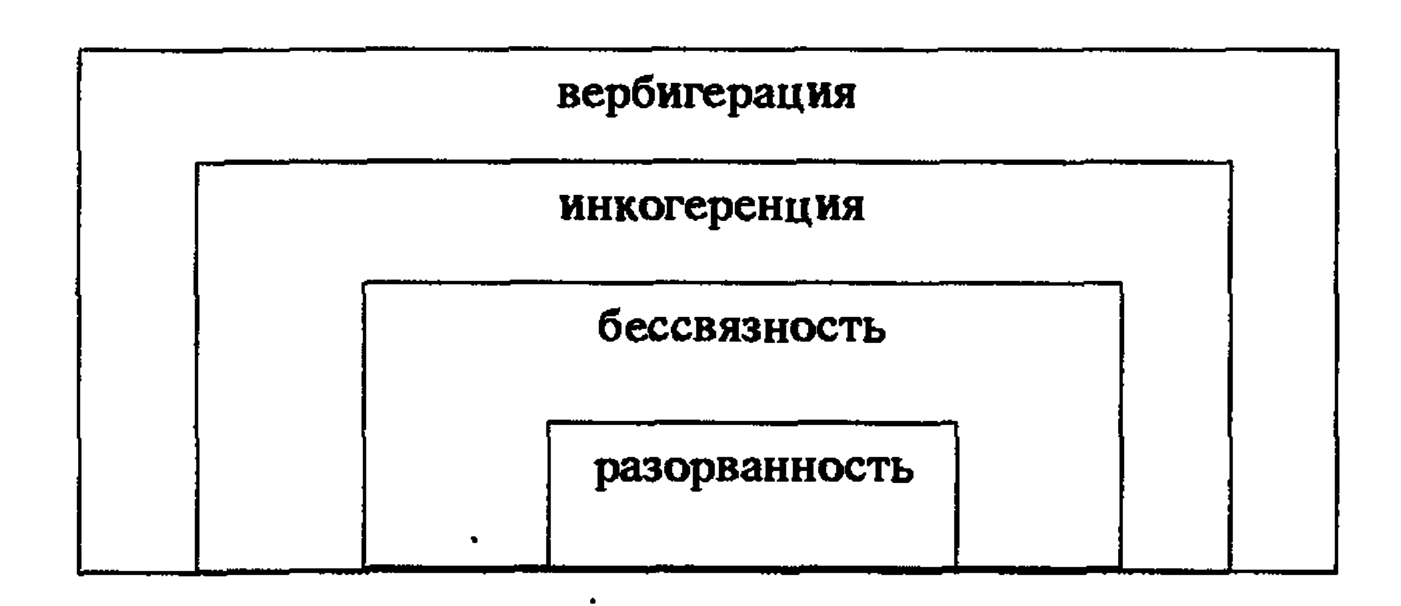
добных нарушений поведения, характеризуясь в большей степени неординарностью, вычурностью увлечений. Гебоидофрению можно считать неразвернутой гебефренией.

Далее будут представлены определения психиатрических терминов, сгруппированных по нарушениям различных сфер психической деятельности.

РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ

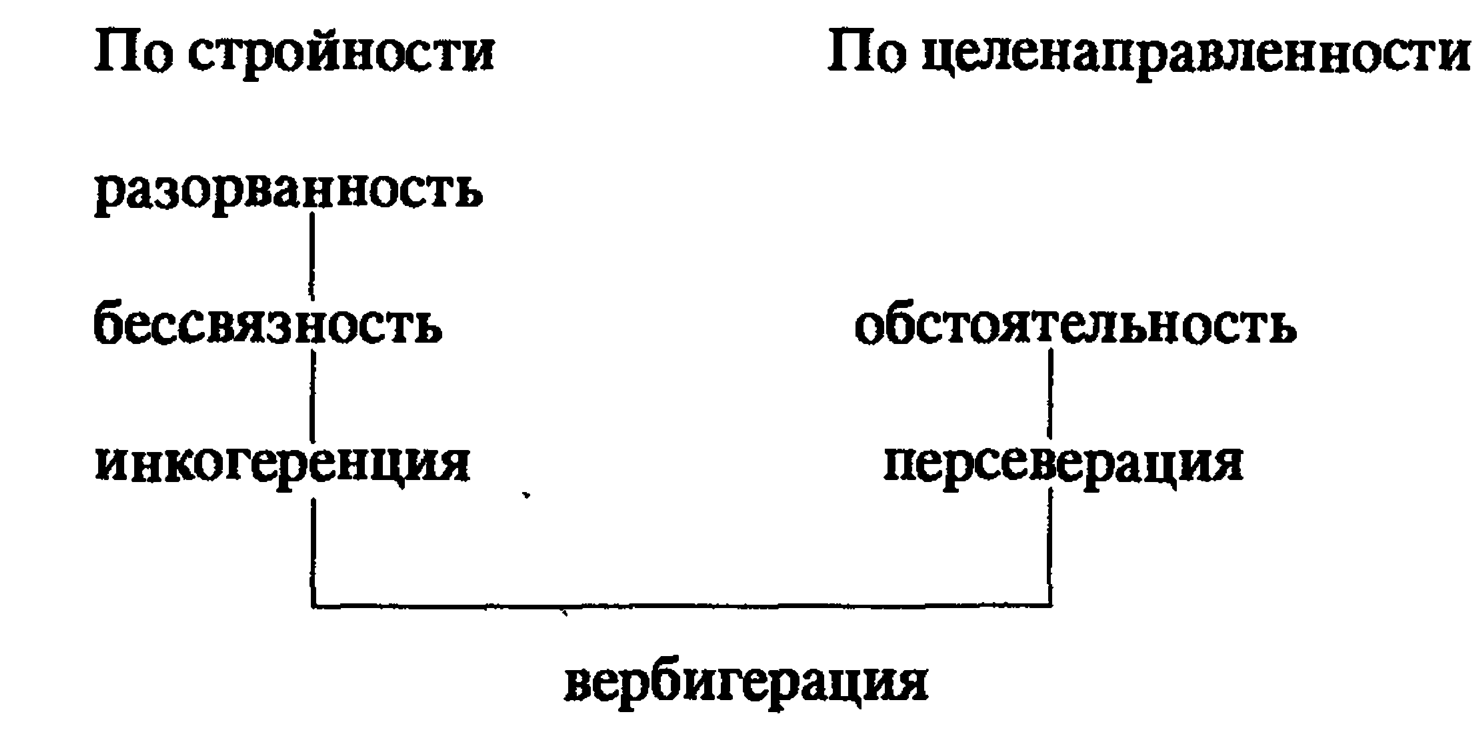
Рисунок 7

ПО СТРОЙНОСТИ



Как видно из приведенной схемы, расстройства мышления по стройности, обозначенные в более крупных прямоугольниках, включают в себя расстройства, представленные в малых прямоугольниках. Поэтому при обнаружении у больного и тех и других расстройств следует думать о более тяжелых. Наиболее «легким» нарушением мышления по стройности считается разорванность, которая является составной частью других расстройств. Наиболее «тяжелым» — инкогеренция и вербигерация, включающие разорванность и бессвязность. Вербигерацию можно рассматривать как нарушение мышления по стройности и целенаправленности (схема № 1).

Схема 1



РАЗОРВАННОСТЬ	расстройство мышления, при котором нарушается логическая связь в предложении при сохраненной грамматической (в речи проявляется **шизофазией**).
БЕССВЯЗНОСТЬ	расстройство мышления, при котором нарушается логическая и грамматическая связи в предложениях (в речи проявляется **паралогией и парафазией**).
ИНКОГЕРЕНЦИЯ	расстройство мышления, при котором нарушается связь между слогами в произносимых словах.
ВЕРБИГЕРАЦИЯ	расстройство мышления, при котором отмечается стереотипное повторение отдельных слов или слогов.
ОБСТОЯТЕЛЬНОСТЬ	расстройство мышления, при котором затрудняется образование новых ассоциаций вследствие преобладания предыдущих.
ПЕРСЕВЕРАЦИЯ	расстройство мышления, при котором значительно (максимально) затрудняется образование новых ассоциаций вследствие длительного доминирования одной мысли, представления.

РЕЗОНЕРСТВО — «бесплодное мудрствование» (рассуждение ради рассуждения).

ПО ТЕМПУ

УСКОРЕНИЕ мышления — увеличение количества ассоциаций в единицу времени.

«СКАЧКА ИДЕЙ» — максимальное увеличение количества ассоциаций в единицу времени (в речи проявляется **логореей**).

ЗАМЕДЛЕНИЕ мышления — уменьшение количества ассоциаций в единицу времени (в речи проявляется **брадифазией**).

МЕНТИЗМ — «наплыв мыслей», «вихрь идей», увеличение количества ассоциаций в единицу времени, не сопровождающееся изменением речи больного, возникающее приступообразно и непроизвольно (разновидность ассоциативного автоматизма).

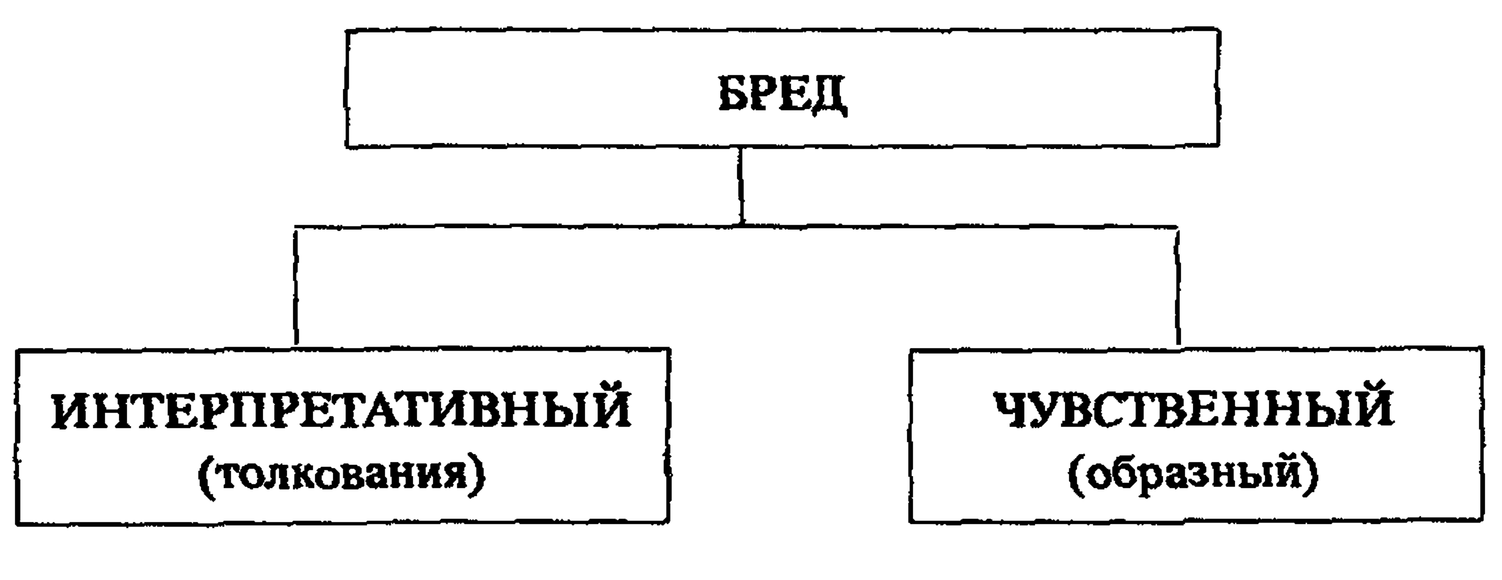
ШПЕРРУНГ — «закупорка мыслей», «обрыв мыслей», внезапная остановка, перерыв ассоциативного процесса. Ментизм и шперрунг можно одновременно рассматривать как нарушения мышления по темпу и стройности.

ПО ПРОДУКТИВНОСТИ

НАВЯЗЧИВЫЕ ЯВЛЕНИЯ (ананказмы) — мысли, представления, воспоминания, действия, желания, страхи, возникающие помимо воли больного при полной критической оценке чуждости и болезненности.

БРЕДОВЫЕ ИДЕИ — суждения и умозаключения, имеющие характер убежденности, возникающие на патологической основе и не поддающиеся коррекции (разубеждению) с отсутствием критического отношения к ним.

Рисунок 9



Интерпретативный:

- отношения преследования
- физического воздействия
- величия
- ущерба
- ревности

–

- ипохондрический

–

- изобретений, открытий
- реформаторства
- любовный, эротический
- сутяжный, кверулянтский
- высокого происхождения

–

- одержимости

–

- дисморфоманический

Чувственный:

- отношения преследования

–

- величия

–

–

- самообвинения
- самоуничижения
- ипохондрический
- нигилистический
- отрицания

–

–

–

–

–

- метаморфозы (интерметаморфозы)

–

- религиозный

–

СВЕРХЦЕННЫЕ ИДЕИ — идеи, возникающие в связи с реальной ситуацией, но в дальнейшем занимающие не соответствующее их действительному значению доминирующее положение в сознании больного, сопровождающиеся значительным эмоциональным напряжением и отсутствием критического отношения к ним.

ИЛЛЮЗИИ — искаженное восприятие реального объекта.

ГАЛЛЮЦИНАЦИИ — восприятия, возникающие без наличия реального объекта, сопровождающиеся убежденностью в том, что данный объект в данное время действительно существует.

ЭЙДЕТИЗМ — след только что закончившегося возбуждения в каком-либо анализаторе в виде четкого и яркого образа.

Таблица 6

ИСТИННЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ	ПСЕВДОГАЛЛЮЦИНАЦИИ
имеет реальную* проекцию галлюцинаторного образа (* — реальная проекция — место в пространстве, которое с помощью органов чувств может быть воспринято)	реальной проекции не имеет
—	навязанный, «сделанный» характер галлюцинаторных образов
яркость, образность, звучность галлюцинаторных образов	приглушенность, «размытость» галлюцинаторных образов
возможно заслониться, укрыться от галлюцинаторных образов	—
угрожающий или индифферентный характер галлюцинаторных образов	императивный или комментирующий характер «голосов» (для вербальных галлюцинаций)

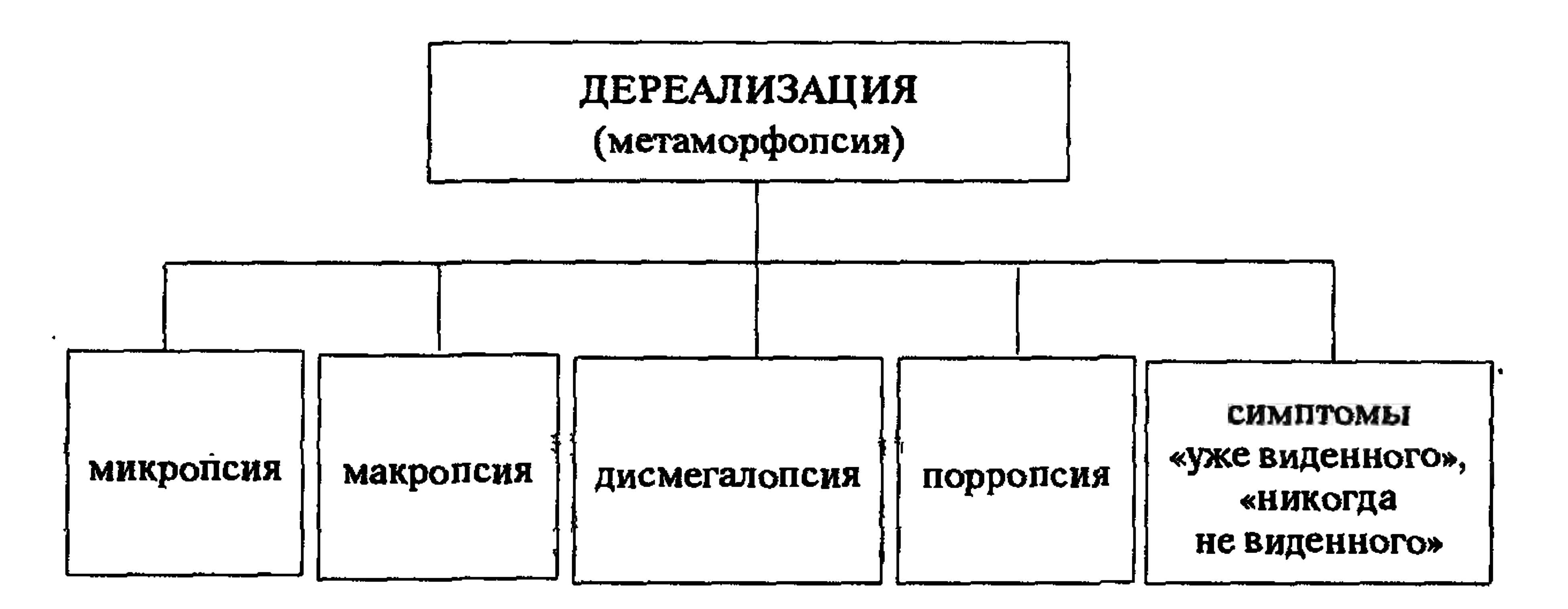
Дифференциация истинных галлюцинаций с псевдогаллюцинациями допустима лишь в случаях зрительных и слуховых обманов восприятия (В.Х.Кандинский, 1952), в то время как на обонятельные, тактильные, вкусовые галлюцинации приведенные выше критерии не распространяются.

СЕНЕСТОПАТИИ — разнообразные неприятные ощущения в различных частях тела мигрирующего характера, трудно поддающиеся больным описанию.

ДЕРЕАЛИЗАЦИЯ — искаженное восприятие объективной реальности в целом или отдельных образов, их формы, величины, окраски и т. п.

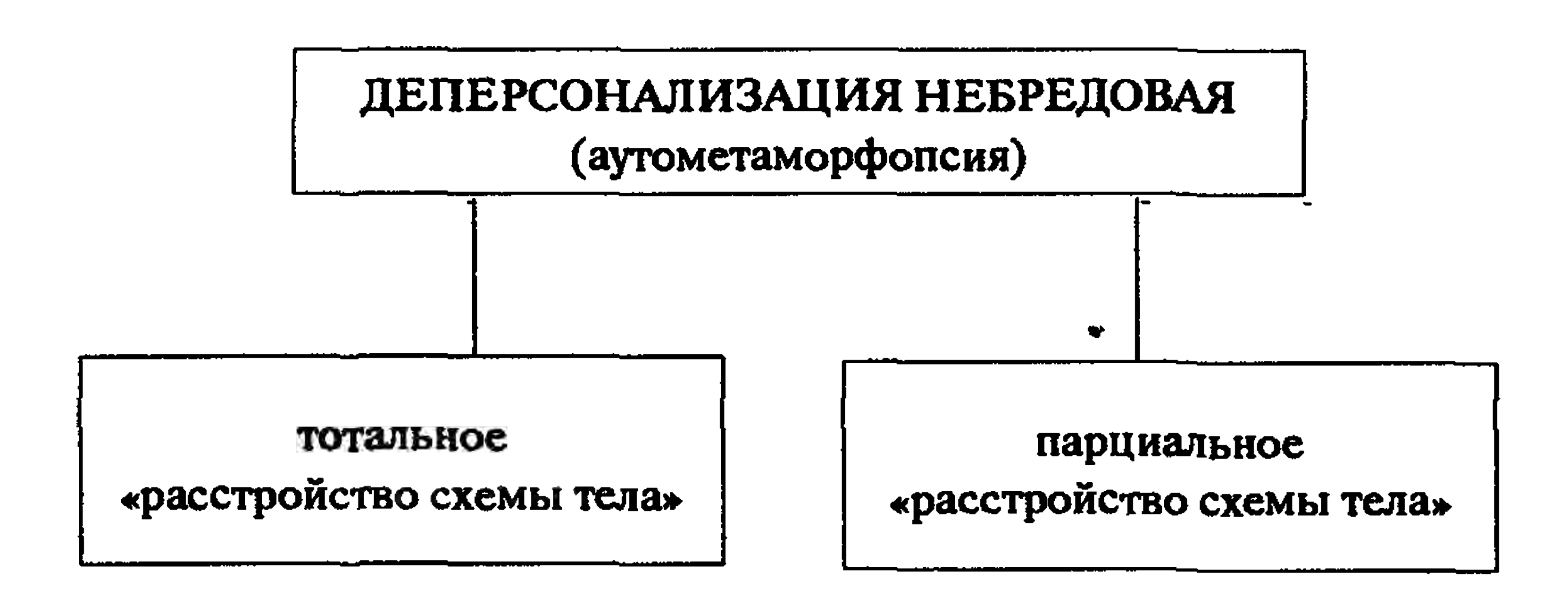
ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ — искаженное восприятие собственной личности в целом, отдельных качеств, а также частей тела.

Рисунок 10



МИКРОПСИЯ	расстройство восприятия в виде уменьшения размеров окружающих предметов.
МАКРОПСИЯ	расстройство восприятия в виде увеличения размеров окружающих предметов.
ДИСМЕГАЛОПСИЯ	расстройство восприятия в виде удлинения, расширения, скошенности, перекрученности вокруг оси окружающих предметов.
ПОРРОПСИЯ	расстройство восприятия в виде изменения расстояния, отделяющего предмет от больного при неизменных размерах самого объекта.
СИМПТОМЫ «УЖЕ ВИДЕННОГО», «НИКОГДА НЕ ВИДЕННОГО», «РАНЕЕ СЛЫШАННОГО»	расстройства восприятия, возникающие пароксизмально, при котором незнакомая местность, помещение воспринимаются как давно знакомые и наоборот.

Рисунок 11



ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ БРЕДОВАЯ

АУТОПСИХИЧЕСКАЯ	чувство отчуждения психических функций, собственных эмоций, мыслей (чувство изменения внутреннего «Я», чувство обезличенности).
СОМАТОПСИХИЧЕСКАЯ	чувство отчуждения организма в целом, отправлений организма.
АЛЛОПСИХИЧЕСКАЯ	чувство изменения восприятия окружающего мира, потеря эмоционального контакта с окружающим миром.

РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИЙ

ДЕПРЕССИЯ (депрессивный синдром, меланхолия)	пониженное, мрачное настроение (тоска), сочетающееся с двигательной заторможенностью и замедлением ассоциативного процесса.
МАНИЯ (маниакальный синдром)	повышенное, радостное настроение (эйфория), сочетающаяся с двигательным возбуждением и ускорением ассоциативного процесса.

ЭЙФОРИЯ	повышенное, беззаботное, неадекватно веселое настроение.
ДИСФОРИЯ	злобно-гневливое настроение.
АПАТИЯ	состояние эмоционального безразличия, равнодушия к самому себе или окружающей обстановке.
СЛАБОДУШИЕ	эмоциональная гиперестезия.
ПАРАТИМИЯ	неадекватный аффект, количественно и качественно не соответствующий вызвавшей его причине.
СТРАХ	чувство внутренней напряженности, связанное с ожиданием конкретных угрожающих событий, действий (страх проецируется во вне — страх острых предметов, животных и т. д.).
ТРЕВОГА	чувство внутренней напряженности, связанное с ожиданием угрожающих событий (тревога чаще не проецируется вовне — тревога за свое здоровье, за работу, за правильное выполнение действий и т. д.).
АУТИЗМ	замкнутость, отгороженность, «уход в себя».
ТОСКА	тяжелое чувство напряжения, граничащее с болью, которое больные локализуют в области сердца (в отличие от тревоги сопровождается двигательной заторможенностью).
БЕСПОКОЙСТВО	чувство напряженного ожидания надвигающегося несчастья (бесфабульное, беспредметное).
ЧУВСТВО ПОТЕРИ ЧУВСТВ	мучительное чувство бесчувствия, переживание безвозвратной утраты возможности чувствования.
АМБИВАЛЕНТНОСТЬ	одновременное сосуществование противоположных чувств.

ГИПЕРБУЛИЯ (возбуждение)	**нарушение поведения в виде двигательной расторможенности.**
ГИПОБУЛИЯ (ступор)	**нарушение поведения в виде двигательной заторможенности.**

Рисунок 12
(по В. Ф. Матвееву)

Рисунок 13
(по В. Ф. Матвееву)

КАТАТОНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

СТЕРЕОТИПИИ	частое, ритмичное повторение одних и тех же движений.
ИМПУЛЬСИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ	внезапные, бессмысленные, нелепые акты без достаточной критической оценки.
НЕГАТИВИЗМ	проявление беспричинного отрицательного отношения ко всякому воздействию извне в виде отказа, сопротивления, противодействия.
ЭХОЛАЛИЯ, ЭХОПРАКСИЯ	повторение больным отдельных слов или действий, которые произносятся в его присутствии.
КАТАЛЕПСИЯ («симптом восковой гибкости»)	застывание больного в одной позе, возможность сохранять приданную позу в течение длительного времени.

РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ

Таблица 7

№ п/п признака	КЛИНИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ	РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ			
		Делирий	Онейроид	Аменция	Сумеречное расстройство
1	Нарушение ориентировки	в месте, времени	в месте, времени (при истинном) и в собственной личности	в месте, времени, собственной личности	в месте, времени
2	Преобладающие расстройства восприятия	яркие зрительные истинные галлюцинации и иллюзии	фантастические зрительные, слуховые псевдогаллюцинации	отрывочные слуховые истинные и псевдогаллюцинации	яркие зрительные и слуховые истинные галлюцинации
3	Преобладающие расстройства мышления	бредовые идеи преследования, отношения	фантастические, бредовые идеи величия, воздействия	бессвязность, инкогерентция, отрывочные идеи преследования	бредовые идеи преследования
4	Преобладающие аффективные нарушения	тревога, страх	эйфория, «зачарованность»	аффект «недоумения», смена аффекта	дисфория
5	Расстройства памяти	амнезия отсутствует	гипомнезия	амнезия	амнезия
6	Длительность	часы	сутки	сутки, недели	минуты, часы
7	Выход из состояния	постепенно с резидуальными явлениями	постепенный	постепенный	резкий

Рисунок 14

АМНЕЗИИ

преморбид ——→ эпизод нарушенного сознания ——→ болезнь

ретроградная амнезия

антероградная амнезия

антероретроградная амнезия

ПАРАМНЕЗИИ

КОНФАБУЛЯЦИИ	обманы памяти, при которых больной приводит вымышленные, не имевшие места события.
ПСЕВДОРЕМИНИСЦЕНЦИИ	нарушение хронологии в памяти, при котором отдельные имевшие место в прошлом события переносятся в настоящее (в крайнем своем выражении проявляется экмнезией — «жизнью в прошлом»).
КРИПТОМНЕЗИИ	расстройства памяти, при которых больной присваивает чужие мысли, действия себе.
ПАЛИМПСЕСТЫ	утрата способности воспроизводить отдельные детали, эпизоды, подробности, относящиеся к периоду интоксикации.

Ошибки, встречающиеся на этапе нозологической диагностики психических заболеваний, одними могут быть расценены как объективные, другими как субъективные. Известно, что в психиатрической диагностике важная роль отводится той позиции, школе, приверженцем которой выступает диагност. Важные параметры нозологической диагностики неодинаково оцениваются не только представителями разных стран, но даже специалистами, работающими в одной клинике. И если в оценке психопатологических симптомов мнения психиатров разных школ чаще совпадают, то при определении нозологической принадлежности имеющихся расстройств они могут кардинально различаться.

Несмотря на эти сложности, следует признать, что существует определенный, заданный алгоритм, позволяющий группировать симптомы в строго очерченные синдромы, а последние, в свою очередь, в заболевание, имеющее нозологическую ценность. В отличие от терапевтических медицинских дисциплин в психиатрии распространен «диагноз течения» — установление болезни не столько на основании горизонтального временного среза (статического), сколько опираясь на известные закономерности смены одного синдрома другим (лонгитудинальное исследование). Частой ошибкой в клинической практике является игнорирование этого основополагающего принципа современной психиатрии.

Возможность диагностических ошибок возрастает в случаях сочетания синдромов, относительно специфичных для разных противоречащих друг другу по механизмам патогенеза психическим заболеваниям. Проблема сочетаемости психозов практически не изучена. Если на уровне непсихотических расстройств подобное сочетание не только не редкость, но и правило, то психозы разной этиологии вряд ли сочетаются, хотя теоретически это требует обоснования.

В связи с проблемой сочетаемости психотических нарушений хочется обратить внимание на теорию «единого психоза», существующую не так давно, но имеющую своих сторонников и в настоящее время. Можно предположить, например, что у больного шизофренией после черепно-мозговой травмы появилась симптоматика психотического регистра до этого в клинической картине не встречавшаяся. Толковать ее можно двояко — либо симптоматика не является следствием травмы мозга и лишь наложилась на шизофреническую, либо черепно-мозговая травма

спровоцировала обострение шизофренического процесса. В клинике вопрос в подавляющем большинстве случаев решается согласно второму варианту. Психиатры на практике не диагностируют два или более психических заболеваний у одного пациента. Дело доходит до абсурда, когда у больного шизофренией в ремиссии возникает психогенная реакция — невроз — врачи определяют это состояние как «неустойчивая ремиссия шизофрении», что нельзя признать верным.

Среди психотических расстройств до настоящего времени не нашли своего определенного места в нозологической классификации такие сочетания психозов, как шизофрения, эпилепсия, эндореактивная депрессия Вайтбрехта, существование которых ставится некоторыми исследователями под сомнение.

С нашей точки зрения в психиатрии настало время изучать подобные «исключения», когда сочетаются «несочетаемые» — по нынешним понятиям — расстройства. Несмотря на редкость такого сочетания, каким является, например, шизоэпилепсия или эпишизофрения, именно изучение причин их существования может пролить свет на синдромогенез психических расстройств.

В качестве примера приведем описание случая, который поставил перед диагностом множество вопросов. Речь шла о понятии «шизофреноподобный психоз» при рассеянном склерозе.

Шизофреноподобные психозы при рассеянном склерозе встречаются крайне редко. Обычно круг психопатологических нарушений исчерпывается типичными для рассеянного склероза расстройствами сознания, аффективными (эйфорией), интеллектуально-мнестическими и иными нарушениями, не выходящими за рамки экзогенного типа реагирования.

Больная Г. 26 лет, инвалид I группы, находилась в психиатрическом отделении Казанской городской психоневрологической больницы (1988 г.).

Жалобы на вялость, слабость, затруднение при ходьбе, непроизвольное дрожание левой руки и ноги, ухудшение памяти.

Из анамнеза. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Дедушка по линии матери покончил жизнь самоубийством. Отец страдал облитерирующим эндартериитом. Мать здорова. К моменту рождения дочери матери был 21 год, отцу 22. Беременность и роды у матери протекали нормально. Росла и развивалась соответственно возрасту. В дошкольном возрасте было заикание, лечилась у логопеда. До 6 лет наблюдался энурез. Снохождений и сноговорений не было. В школу пошла с 7 лет, училась удовлетворительно. Занималась балетом, любила рисовать. Окончила 10 классов средней школы. После окончания поступила в Казанский сельскохозяйственный институт. Проучилась три года, вынуждена была бросить учебу из-за болезни. Работала экономистом, затем секретарем - машинисткой. Замуж вышла в 20 лет. В 21 год родила сына. С мужем в разводе

прожила полтора года. По характеру с детства была энергичной, веселой, решительной, общительной, «легко приспосабливалась к новому коллективу». Перенесенные заболевания: частые пневмонии, острый пиелонефрит, аппендицит. Рассеянным склерозом заболела в 1983 году. Заболевание началось с развития сходящегося косоглазия. Лечилась в неврологической клинике Казанского ГИДУВа. После лечения отмечалась ремиссия в течение 1,5 лет. Затем появилась слабость, вялость, чувствовала онемение в ногах, шаткость походки. Симптоматика нарастала постепенно. Неоднократно находилась на лечении в неврологических стационарах. Незадолго до поступления в психиатрическую больницу проходила терапию в неврологическом отделении 6 городской больницы, где отмечалась грубая неврологическая симптоматика. Жаловалась на слабость в ногах, двоение в глазах, отмечался нижний парапарез.

С 1983 года после того как заболела рассеянным склерозом, изменилась по характеру. Стала более настойчивой, старалась непременно добиться того, что наметила, не останавливаясь перед сложностями. Отмечалась некоторая беспечность в отношении к болезни, приподнятый фон настроения, переоценка своих возможностей. С 1986 года стала еще более упрямой, капризной, наблюдались беспричинные колебания настроения, грубость по отношению к родителям. Психическое состояние изменилось в июле 1988 года, когда появилась агрессивность по отношению к родителям, особенно к отцу. В неврологическом отделении 6 городской больницы вела себя грубо, цинично с персоналом, требовала назначить те или иные необходимые (по ее мнению) инъекции. Высказывала мысли о том, что «всех больных из-за отца выписывают недолеченными», предлагала свои услуги врачу, считая, что может всех оздоровить. Большую часть времени настроение было приподнятым, появился повышенный сексуальный интерес. Решила отметить день рождения в неврологическом отделении, пригласив всех больных. Психическое состояние было неустойчивым. Периодически становилась злобной, если окружающие не выполняли ее требований. Без существенного улучшения общего состояния была выписана домой. Диагноз: рассеянный склероз, цереброспинальная форма, прогредиентное течение. Принимала следующее лечение: преднизолон до 55 мг в сутки, витаминотерапия, пирацетам. Психическое состояние продолжало ухудшаться. Стала вести себя неадекватно. Разбрасывала вещи, не спала ночью, нецензурно бранилась. Объясняла свое поведение тем, что отец наводит на нее и на окружающих порчу. Поэтому еще в больнице предлагала вылечить больных. Считала, что, разбрасывая вещи, переносит на них порчу. Стала обвинять отца в том, что он хочет убить ее, отравить. Говорила, что отец для убийства «подкупал водителей автомобилей», которые должны были задавить дочь. Заметила, что «когда пыталась остановить какую-нибудь машину или автобус, то водители направляли автомобиль прямо на нее». Удивительным ей показалось то, что «это были не одни и те же люди». Негативное отношение отца к ней объясняет тем, что тот всячески ищет способ избавиться от нее, «чтобы совесть была чиста». В связи с ухудшением психического состояния была госпитализирована в городскую психоневрологическую больницу.

Соматический статус. Правильного телосложения, кожа и видимые слизистые обычной окраски. Артериальное давление 115/75 мм рт. ст., пульс 76 уд. в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, при пальпации безболезненный.

Неврологический статус. В позе Ромберга падает, передвигается с трудом вследствие выраженной атаксии. Координаторные пробы выполняет с легким интенционным тремором. Отдельные нистагмоидные толчки при крайних отведениях глаз. Легкий птоз справа. Зрачки равны. В нижних конечностях тонус спа-

стический, в верхних — не изменен. Сухожильные рефлексы с рук вызываются с расширенных зон, преобладают справа. Аналог Россолимо справа, Маринеску-Родовичи слева. Рефлексы с нижних конечностей высокие. Вызываются патологические рефлексы Бабинского с двух сторон. Брюшные рефлексы отсутствуют. Выявляется легкая правосторонняя гипоалгезия. Мочеиспускаиие рвсстроено по типу недержания. Заключение: рассеянный склероз, цереброспинальная форма, прогредиентное течение.

Психический статус. В отделении за своим внешним видом не следит, не причесана, волосы грязные. В отделении ходит в расстегнутом халате. Речь смазаная. Говорит неторопливо, тихим голосом, иногда заикается. Спокойная, основное время проводит в постели. Передвигается с трудом, походка шаткая. Безразлична к окружающим, с больными общается по необходимости. В беседе держится свободно, улыбается даже тогда, когда речь заходит о неприятных для нее сторонах отношений с отцом. Настроение незначительно повышено, улыбка быстро сменяется безразличием. Не тяготится пребыванием в психиатрическом стационвре, не вспоминает о малолетнем сыне. Мимика бедна, речь плохо модулирована, монотонная. Свои улыбки и смех никак не объясняет. Сознание ясное, правильно ориентирована в месте, времени и собственной личности. Мышление по темпу не нарушено. Отмечается некоторая обстоятельность, вязкость мышления, что ярче представлено в записях больной, где она уделяет чрезмерное внимание описанию второстепенных деталей. Например, описывая свое самочувствие в неврологической клинике, перешла к рассказу о муже своего лечащего врача. Охотно рассказывает о своих взаимоотношениях с отцом, называя его только по фамилии. Однажды заявила врачу, что у нее совсем другие родители, которые живут в Алуште, отец — полковник или генерал: «Мать — неродная, поскольку не может рожать. К тому же нет ни одной фотографии, где она была бы запечатлена беременной». При повторном опросе не уточняет этого вопроса и вновь упрекает отца в наведении на нее порчи. Считает, что порча происходит с помощью внушения. Упрекает отца в том, что он, якобы, утопил ее мужа, а затем она воскресила его для того, чтобы выполнить свое обещание «жить с ним до внуков». Говорит, что постоянно поддерживает с ним телепатическую связь: «По радио или телевидению он дает намеки». Кроме того, знает о появлении мужа недалеко от больницы «по глазам кошек». Считает, что стихи и статьи в газетах написаиы непосредственно о ней, даже классическую литературу расценивает как имеющую к ней прямое отношение. Рассказала о том, что муж был на Марсе, что это она его туда отправила, поскольку обладает способностью перемещать людей в пространстве. Убеждена, что обладает особыми лечебными свойствами и может излечить любые болезни. Предлагала свои услуги врачу. Лечение она проводит внушением на расстоянии, не видя пациента. Убеждена, что может управлять людьми: «Правительство пока о моих необыкновенных способностях не знает, но надо будет в ближайшее время сообщить. Хочу помочь влиять на политику других стран, чтобы был мир во всем мире». Говорит о том, что она уже ликвидировала в США расовую дискриминацию. Считает себя «всевидящей»: «Я знаю, что будет, у кого что есть, могу предсказать события». Себя считает бессмертной. Однажды рассказала, что соседка по палате проделывала с ней эксперименты — устраивала ей «непроизвольное мочеиспускание и дефекацию, управляла ее ногой, после чего нога начинала дергаться: «Мы с ней два полюса — северный и южный на разных концах. Один греет, а другой морозит, потому и не соприкасаются. Убедилась, что в отделении она «всех сильнее», поскольку попыталась воздействовать на подругу-экспериментатора и та уснула, не успев докончить свое воздействие на ее ногу. Во время одной из бесед потребовала убрать со

стола искусственные цветы, отделить их от живых. Объясняла это тем, что «врачи таким способом проверяют, могу ли я отличить живое от неживого, жизнь от смерти». После поступления в отделение новой больной с улыбкой сказала, что поняла замысел врачей, поместивших для эксперимента и слежки за ней в больницу здорового человека, притворяющегося больным. Однажды сказала врачу, что видела в отделении своих родственников. Обманов восприятия, психосенсорных расстройств не наблюдается. Состояние неустойчивое. Многие высказывания носят непостоянный характер. Больная и не отрицает, что говорила накануне, но старается не продолжать тему разговора. Мышление аморфное, отмечаются соскальзывания, особенно во время психологического обследования.

Экспериментально-психологическое исследование. Признаков астении в процессе обследования не выявляется. С заданиями справляется быстро. Внимание по таблице Шульте: 57-56-56-46-50 сек. Кратковременное запоминание: 4-9-8-8 слов из 10. Через час — 5 слов. Мышление малоконкретное, резонерское. В эксперименте на исключение объединила кружку, тарелку и будильник, отбросив чашку, по принципу металлические предметы. В пиктограмме понятие «надежда» изобразила в виде портрета девушки с солнцезащитными очками, объяснив это так: «Надежда — мой компас земной. Надеждино лицо. Очки — это компас». Понятие «разлука» изобразила следующим образом: «собака бежит в одну сторону, цыпленок — в другую». В методике классификации объединила автобус, лошадь и других животных: «автобус — это много лошадиных сил. Все вместе — зоопарк». При проведении MMPI на все вопросы отвечала двояко — и «верно» и «неверно». Колебаний в выборе двух ответов не отмечалось. Каждый из них «обосновывала». Например, на вопрос: «Боитесь ли Вы молнии?» ответила: «Не боюсь, но ведь молния может быть шаровой и другие люди боятся...»; на вопрос: «Читаете ли Вы техническую литературу?» ответила: «Не читаю... она не интересна... в больнице разные бывают журналы...». Интеллект по данным исследования не снижен.

Электроэнцефалография. Отмечается умеренная дизритмия корковых биопотенциалов головного мозга.

Диагноз цереброспинальной формы рассеянный склероз с прогредиентным течением процесса в приведенном случае не вызывает сомнений. Сквозным психопатологическим синдромом заболевания можно считать эйфорию, которая возникла за два года до развития полиморфной психотической симптоматики. Наряду с эйфорией, отмечались астенические расстройства, а также изменения характера в виде появления черт ригидности, которые затем отодвинулись на задний план. Шизоформное психотическое состояние появилось достаточно остро в августе 1988 года и проявилось бредовыми идеями величия и преследования, калейдоскопически сменявшими друг друга на фоне амбивалентности и разорванности мышления. Эйфория не сопровождалась идеаторным и моторным ускорением, проявляясь в большей степени в окраске бредовых высказываний. В структуре синдрома Кандинского-Клерамбо отсутствовали псевдогаллюцинации.

По данным М.В.Коркиной с соавторами (1985) больным с шизоформными клиническими картинами при рассеянном склерозе чаще других ставится ошибочный диагноз шизофрении, что слу-

чается при игнорировании признаков органического поражения нервной системы. В литературе мы не обнаружили описаний рассеянного склероза с такими психопатологическими синдромами как парафренный и психического автоматизма. В приведенном случае диагностика шубообразного течения шизофренического процесса могла бы базироваться не столько на перечисленных позитивных и дефицитарных синдромах, сколько на специфических нарушениях мышления типа разорванности и элементов резонерства, что особенно ярко проявилось при проведении экспериментально-психологического эксперимента.

Рассмотрение приведенного случая с традиционных альтернативных позиций психиатрической диагностики наталкивается на множество неразрешимых парадоксов. Вследствие этого можно считать допустимым расценить его как случай сочетания двух болезней — рассеянного склероза и возникшего на фоне психических нарушений склеротического генеза (в первую очередь, эйфории) шизофренического процесса. Однако не исключена и возможность трактовки описанного состояния как атипичного психоза, вызванного рассеянным склерозом. Лишь длительное катамнестическое наблюдение позволит достовернее ответить на вопрос об истинном диагнозе.

Известно, что существуют психопатологические синдромы, позволяющие с высокой вероятностью диагностировать принадлежность психических расстройств к определенному кругу заболеваний: экзогенному и экзогенно-органическому, эндогенному, психогенному. Наиболее редко диагностические ошибки встречаются при оценке экзогенного и экзогенно-органического круга, типа реакций. К ним относятся такие синдромы, как судорожный, энцефалопатический (психоорганический), амнестический, делириозный, сумеречного помрачения сознания и некоторые другие. Психогенные включают в себя пуэрильный, псевдодементный; эндогенным характерны — онейроидный, апатико-абулический, кататоно-гебефренический, психического автоматизма.

При выявлении в изолированном виде подобных синдромов, диагностическая ценность которых высока, ошибки встречаются реже, чем при сочетании синдромов разного типа реагирования.

На рисунке представлены синдромы, характерные для разных типов реагирования (при сочетании синдромов различных типов реагирования, отмеченных звездочкой, можно предполагать сочетание психических заболеваний различного круга):

Рисунок 15

Синдромы, не имеющие нозологической специфичности

- параноияльный
- параноидный
- парафренный
- галлюцинаторно-параноидный
- маниакальный
- депрессивный
- астенический
- ипохондрический

Синдромы, характерные для реактивных состояний

невротические:

- истерический
- ананкастический
- неврастенический
- психопатические
- псевдодементный
- пуэрильный Ганзера

Синдромы, характерные для группы экзогенных и экзогенно-органических заболеваний

- психоорганический (энцефалопатический)
- амнестический Корсакова*
- вербального галлюциноза
- судорожный*
- сумеречного расстройства сознания
- аментивный
- делириозный*
- неврозоподобный (церебрастенический)
- паралитический*
- дементный

Синдромы, характерные для группы эндогенных заболеваний

- кататонический*
- онейроидный
- психического автоматизма
- апатический*
- абулический*
- гебефренический
- синдром Капгра*

Диагностические ошибки чаще возникают при сочетании симптомов и синдромов, условно отнесенных к разным уровням психического реагирования, что встречается редко. Повторимся, что наиболее значимым является все же уточнение симптоматологии, позволяющей правильно вести диагностический поиск.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Гуськов В.С. / Терминологический словарь психиатра. М., 1965.

Дементьева Н.Ф. //Методологические вопросы психиатрии. М., 1981, с. 87-98.

Зейгарник Б.В. / Патопсихология. М., 1986.

Короленко Ц.П., Галин А.Л. //Журнал невропатологии и психиат рии, 1981, 12.

Роговин М.С. //Журнал невропатологии и психиатрии, 1979, 2-3.

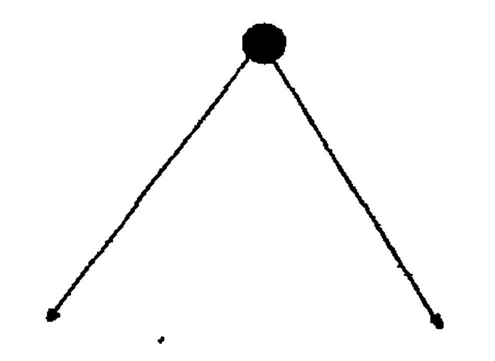
ГЛАВА 4

ПРИНЦИПЫ И ЗАКОНЫ ПСИХИАТРИИ
(от ортодоксальной до феноменологической психиатрии)

Психиатрия как социально значимая наука и практика постоянно на протяжении своей истории подвергалась критическому анализу, общественному и философскому переосмыслению. Теория психиатрии формировалась в зависимости от социальных, политических и даже идеологических основ общества, в постоянном споре с ними. Психиатрии под воздействием общественного мнения навязывалась та или иная модель практики — допустимых и легальных психиатрических действий (от выработки критериев для недобровольного помещения в психиатрическую лечебницу, постановки на учет, освидетельствования до поощрения применения определённых методов терапии и профилактики).

Развитие психиатрической науки в обществе и отношение к ней со стороны общества трудно представить в виде традиционной эволюционной спирали, когда старая, известная научно-значимая информация с течением времени переосмысливается на новом витке в соответствии с развитием смежных дисциплин и получением новых, революционных данных. Скорее развитие психиатрии можно представить в виде маятникообразного движения, в одном из крайних положений которого располагается ортодоксальная психиатрия, на противоположном — антипсихиатрия (рисунок 16). И каждый раз маятник стремительно раскачивается из стороны в сторону, проходя «золотую середину» на максимальной скорости, не позволяя проанализировать, чем же определяется сущность научной психиатрии.

Рисунок 16.



«ОРТОДОКСАЛЬНАЯ ПСИХИАТРИЯ»

АНТИПСИХИАТРИЯ

Под **ортодоксальной психиатрией** мы понимаем научную медицинскую дисциплину, изучающую этиологию, патогенез, диагностику, клинику, профилактику и терапию психических заболеваний сугубо на основе описательного и интерпретирующего психологического метода. В рамках ортодоксальной психиатрии делается попытка объективизировать диагностический процесс на основании выделения «абсолютных, патогномоничных» симптомов заболевания — представления о существовании симптомов или синдромов психической болезни в изолированном виде. В качестве основы для этого в ортодоксальной психиатрии был выработан критерий нелепого, неадекватного поведения и реакций на те или иные микросоциальные и макросоциальные события (в частности, используемый для анализа поведенческих расстройств). При этом подразумевалось, что существует регламентированное, унифицированное и непоколебимое адекватное («лепое») поведение. Критерием для оценки этого параметра выступали общественные, социальные нормы и табу. В рамках ортодоксальной психиатрии неадекватным, а значит, проявлением психической болезни могло считаться любое поведение, нарушающее общественные нормы, а признаком душевного здоровья признавался конформизм — наивысшая степень социальной адаптации. При этом общественные интересы ставятся выше частных, и допускается диктат государства над личностью, в частности в области норм поведения. Человек признается больным в силу того, что нарушение общественных поведенческих предписаний расценивается как проявление болезни разума («товарищ не понимает»). Таким образом, доказательства наличия психического расстройства подменяются соответствующими морально-нравственными критериями («так здоровый-нормальный человек не поступает»). Вслед-

ствие этого у ортодоксального психиатра существует готовый набор адекватных и неадекватных форм поведения, которые трактуются однозначно и определяются в категориях психопатологических симптомов и синдромов. К примеру: «У больного отмечается нелепое поведение — дома ходит обнаженным при жене и дочери». Т.е. поведение оцениваемого однозначно на основании морально-нравственных качеств диагноста или традиций относится к болезненным проявлениям, без уточнения отношения к этому со стороны жены и ребенка этого человека, их представлений о допустимости, к примеру, нудистского поведения и пр.

Для ортодоксальной психиатрии не существует полутонов, анализ производится в жестких рамках дилеммы болен-здоров. Врач использует принцип толкования, объяснения поведения и реакций обследуемого на основании собственных представлений о границах нормального поведения. Однако хорошо известно, что «каждый видит только то, что знает». Т.е. диагност распознает известные ему проявления психической патологии или приписывает обычным психологическим проявлениям качества симптома на том основании, что иного в его ортодоксальной системе психиатрических координат не дано.

Резюмируя, можно отметить, что ортодоксальная психиатрия склонна в силу выработанных принципов к гипердиагностике. Она оперирует исключительно психиатрическими терминами, не желает заниматься «психологизаторством» (слово, имеющее в ортодоксальной психиатрии оскорбительный оттенок) при оценке психического состояния обследуемого, не боится при анализе и вынесении заключения преувеличивать тяжесть наблюдаемых отклонений. Все вышеперечисленные параметры выводят ортодоксальную психиатрию за рамки науки, поскольку в ее основе лежат не объективные принципы и законы, а субъективные представления, общественные догмы и пристрастные суждения.

В противоположном ортодоксальной психиатрии положении описанного маятника расположена антипсихиатрия. **Антипсихиатрия** — это направление общественной мысли, отстаивающее точку зрения о субъективности психиатрии и методов диагностики психических заболеваний. Центральным дискуссионным пунктом между антипсихиатрами и ортодоксальными психиатрами является принцип понятности-непонятности, адекватности-нелепости поведения и высказываний обследуемого. Как было описано

выше, этот принцип остается одним из основных в диагностическом поиске ортодоксального психиатра, именно нелепостью поведения часто он «доказывает» наличие психического заболевания у человека. Антипсихиатры, считая подобный подход к диагностическому процессу необъективным, особенно усердно критикуют именно его.

Основные лозунги антипсихиатров гласят: «Не существует душевнобольных и душевных болезней. Есть больное общество, порождающее соответствующих людей. Лечить психическую болезнь так же глупо, как лечить убеждение и веру. Любое нелепое поведение с точки зрения психиатров нелепо лишь с их определенной "колокольни", стоит изменить точку видения, и нелепым окажется иное». Антипсихиатрия достаточно хорошо изучена и проанализирована философами, психологами. Наиболее полный анализ провел философ А.М.Руткевич, на чьи исследования мы будем ссылаться в дальнейшем изложении.

Одним из наиболее ярких представителей антипсихиатрического направления был в 60-х годах нашего столетия американский психиатр Рональд Лэйнг. Он считал, что безумие является характеристикой межличностных отношений, возникающих в зависимости от понятности или непонятности для нас суждений или действий другого человека. «Здоровье определяется общим согласием, но мы начинаем называть человека "психотиком" или "сумасшедшим" при радикальном расхождении с ним в оценке тех или иных мотивов, действий, и только в силу этой межличностной дизъюнкции мы начинаем исследовать его мочу и высматривать аномалии в графиках электрической активности его мозга», — писал он.

В известной книге «Здоровье, безумие и семья» Лэйнг совместно с А.Эстертоном пришел к одному из главных антипсихиатрических выводов — «нет никакого смысла противопоставлять "нормальное" и "ненормальное". Пациенты психиатрических клиник не менее "нормальны", чем члены их семейств, а "шизофреногенные семьи" ничуть не отличаются от обычной семьи современного общества». Лэйнг описывал существование в «семейном гетто», условиях «взаимного терроризма» и «навязанного долга», обмана, мистификации и насилия. От рассмотрения семейной среды он постепенно перешел к критике общества в целом. Именно оно, по его мнению, виновно в том, что люди оказывают-

ся в психиатрических клиниках, а психиатры вольно или невольно оказываются палачами.

Лэйнг обращается к «внутреннему пространству» психотика. Шизофрения трактуется им не как заболевание, даже не как нарушение отдельных психических функций, а как этап процесса естественного исцеления, выхода в царство «сверхздоровья». Этому процессу препятствуют действия психиатров с их лоботомиями, фармакологией, электрошоками, госпитальным режимом, даже самой диагностикой, являющейся началом «церемониала деградации». На ее место должен прийти «церемониал инициации»: уже совершившие «путешествие по внутреннему пространству» и испытавшие «экзистенциальное возрождение» должны помочь «больным» пройти тот же путь. В этих целях в 1965 году была создана терапевтическая коммуна Кингсли Холл — объект подражания для всех последующих антипсихиатрических коммун.

Язык работ Лэйнга, как считают исследователи, был мистическим и одновременно социально ангажированным. Цивилизация «одномерных людей», пишет Лэйнг в предисловии ко второму изданию «Разделенного Я», подавляет «любую форму трансценденции». «Человек, обладающий опытом "других измерений", которые он не может отвергнуть или забыть, рискует или быть униженным другими, или предать то, что он знает. В контексте нашего сегодняшнего всеохватывающего безумия то, что мы называем нормальностью, здоровьем, свободой, все наши точки отсчета являются двусмысленными. Человек, предпочитающий быть скорее мертвым, чем "красным" — нормален. Человек, говорящий, что он потерял душу, — сошел с ума. Человек, говорящий, что люди — это машины, может быть великим ученым. Говорящий, что он есть машина, является на психиатрическом жаргоне "деперсонализированным". Человек, говорящий, что негры — низшая раса, может быть широко уважаемым. Человек, который говорит, что белизна его кожи есть форма рака, освидетельствован». И далее.

«Государственные деятели большого ранга, которые хвалятся и угрожают тем, что у них есть оружие страшного суда, являются куда более отсуженными от реальности, чем те, на кого наклеен ярлыкпсихотик"». «Нормальное» состояние сегодняшнего человека объясняется Лэйнгом чем-то в высшей степени ненормальным: это предательство «наших подлинных возможностей». Успешное приспособление к такой реальности означает потерю себя самого.

К тем же выводам независимо от Лэйнга пришли и другие представители экзистенциального психоанализа, сделавшиеся пророками «контркультуры». Например, Н.Браун в своей книге «Любовное тело» писал (цит. по А.М.Руткевич): «Безумная истина: граница между здоровьем и сумасшествием является ложной. Истинным результатом психоанализа оказывается освобождение от этой границы». Браун также полагал, что помещение психотиков в психиатрические лечебницы является навязыванием деструктивного видения мира всем тем, кто пытается от него освободиться. Больные шизофренией входят в мир «символических связей», покидая управляемую принципом реальности действительность и обретая «более истинный, более символический язык».

В сжатом виде точка зрения «отца антипсихиатрии» Лэйнга такова: «Нормальные» настолько больны, что даже не знают о своей болезни, а «больные» — это те, кто начал выздоравливать. Большая часть людей вовсе не ощущает себя психически больными. Это, по Лэйнгу, свидетельствует об их безумии. Они не воспринимают того, что их «опыт» разрушается, поскольку разрушение осуществляется сегодня так, что его воспринимают как благодеяние. Приручение к миру мистификации, пишет он, начинается с детства: «Дети еще не дураки, но мы их сделаем такими же имбецилами, как мы сами... Насилие, именуемое любовью, к пятнадцати годам разрушает большую способность подрастающего поколения, и появляется "еще одно полубезумное существо, более или менее приспособленное к сумасшедшему миру"».

Таким образом, антинаучной ортодоксальной психиатрии в воображаемом психиатрическом маятнике противостоит антинаучная антипсихиатрия. Критикуя друг друга, ортодоксы из обоих лагерей перехлестывают в аргументах и не достигают желаемого результата — доказать научность собственной позиции. Маятник проделывает путь от гипердиагностики ортодоксальных психиатров до гиподиагностики антипсихиатров. Какое же положение маятника можно считать оптимальным? Что может противостоять двум наиболее широко представленным психиатрическим доктринам? В чем можно найти научные основы психиатрии?

Для этого существует принцип, который смог бы подвести под спор научную базу — **принцип Курта Шнайдера**. Он гласит: «В связи с возможностью полного феноменологического сходства психической болезнью признается лишь то, что может быть тако-

вой доказано». Обратим внимание на казалось бы экзотическое для психиатрии слово «доказано». О каких доказательствах может идти речь?

Для психиатра существует лишь один способ доказательства (не менее объективный, чем у других медиков). Это доказательства с помощью законов логики — науки о законах правильного мышления, или науки о законах, которым подчиняется правильное мышление. «Подобно тому, как этика указывает законы, которым должна подчиняться наша жизнь, чтобы быть добродетельной, и грамматика указывает правила, которым должна подчиняться речь, чтобы быть правильной, так логика указывает нам правила, законы или нормы, которым должно подчиняться наше мышление для того, чтобы быть истинным», — писал известный русский логик Г.И.Челпанов. По мнению английского философа Д.Милля, польза логики главным образом отрицательная — ее задача заключается в том, чтобы предостеречь от возможных ошибок.

Таким образом, если психиатр-диагност пытается доказать наличие у человека бреда (т.е. ложных умозаключений), он должен иметь не ложные, но верные и обладать способом их доказательств. Рассмотрим это положение на следующем примере. Мужчина убежден в том, что жена ему изменяет, и свое убеждение «доказывает» следующим умозаключением: «Моя жена мне изменяет, потому что я застал ее в постели с другим мужчиной». Можем ли мы признать подобное доказательство истинным, а такого человека психически здоровым? В подавляющем большинстве случаев на такой позиции окажется всякий обыватель и почти каждый психиатр. Представим, что тот же мужчина приводил бы иные «доказательства», к примеру такие: «Моя жена мне изменяет, потому что она в последнее время стала использовать излишне яркую косметику» или «... потому что она уже месяц отказывается от интимной близости» или «... потому что она вставила новые зубы» и т.д. Какое из доказательств можно признать истинным? На основании здравого смысла подавляющее большинство людей укажет, что все, кроме последнего, явно недоказательны. Но найдутся и те, которые с определенной долей вероятности могут согласиться, к примеру, со вторым «доказательством», признают менее вероятным (но все же вероятным) первое «доказательство».

Для того, чтобы разрешить эту типичную для психиатрии задачу необходимо, наряду с критерием доказанности (достоверности), ввести еще один критерий из области логики — критерий вероятности. По определению вероятность, выражаемая единицей (1), есть достоверность. Для того, чтобы показать, каким образом определяется степень вероятности наступления какого-либо события, возьмем широко известный пример. Предположим, перед нами находится ящик с белыми и черными шарами, и мы опускаем руку, чтобы вынуть оттуда какой-нибудь шар. Спрашивается, какова степень вероятности того, что мы вынем белый шар. Для того, чтобы определить это, мы сосчитаем число шаров белых и черных. Предположим, что число белых равняется 3, а число черных — 1; тогда вероятность, что мы вынем белый шар, будет равняться 3/4, т.е. из 4 случаев мы имеем право рассчитывать на три благоприятных и один неблагоприятный. Вероятность, с какой вынется черный шар, будет выражаться 1/4, т.е. из четырех случаев можно рассчитывать только на один благоприятный. Если в ящике находится четыре белых шара, то вероятность, что будет вынут белый шар, будет выражаться числом 4/4=1.

Для анализа случая с идеями ревности, приведенного выше, необходимо знание и такого логического феномена как аналогия. Аналогией называется умозаключение, в котором от сходства двух вещей в известном числе свойств мы приходим к заключению о сходстве и других свойств (Г.И.Челпанов). Например, следующее умозаключение может быть названо умозаключением по аналогии: «Марс похож на Землю в части своих свойств — Марс обладает атмосферой с облаками и туманами, сходными с земными, Марс имеет моря, отличающиеся от суши зеленоватым цветом и полярные страны, покрытые снегом — отсюда можно сделать заключение, что Марс похож на Землю и в других свойствах, например, что он подобно Земле обитаем».

Основываясь на законах логики, понятиях вероятности, достоверности и феномене умозаключения по аналогии, можно проанализировать диагностический случай с мужчиной, утверждающим, что жена ему неверна. Таким образом, для научного анализа существенным будет не нелепость «доказательства» (к примеру, «изменяет, потому что вставила новые зубы»), а распределение этим человеком спектра вероятности правильности его умозаключения о неверности жены на основании того или иного факта. Естествен-

но, что объективно подсчитать вероятность того, что новые зубы указывают на то, что жена изменяет невозможно, однако в силу микросоциальных традиций, культуральных особенностей и других параметров, можно говорить о том, что это маловероятно. Если же обследуемый наделяет подобный факт качествами достоверности, то можно предполагать, что его мышление действует уже не по законам логики и на этом основании предположить наличие психического заболевания. То же самое можно предположить, если в качестве доказательства собственной правоты он приводил бы чей-либо конкретный пример. Поскольку известно, что заключение по аналогии не может дать ничего, кроме вероятности. При этом степень вероятности умозаключения по аналогии зависит от трех обстоятельств:

1) количества усматриваемых сходств;
2) количества известных несходств между ними;
3) объема знания о сравниваемых вещах.

Доказательство наличия психического заболевания согласно принципу Курта Шнайдера базируется на «двух логиках»: оценке логики поведения и объяснения этого поведения испытуемым и логике врачебного доказательства. В доказательстве обычно различают тезис, аргумент и форму доказательства. В области психиатрии это выглядит так: тезис — обследуемый психически болен; аргумент (аргументы) — к примеру, «его мышление алогично, имеется бред», форма доказательства — доказывается, почему его мышление диагност считает алогичным, на основании каких критериев высказывания мы можем расценивать как бредовые и т.д.

Еще одним принципом, которому следует научная психиатрическая доктрина, является **принцип «презумпции психической нормальности»**. Суть его заключается в том, что никто не может быть признанным психически больным до того, как поставлен диагноз заболевания или никто не обязан доказывать отсутствие у себя психического заболевания. В соответствии с этим принципом человек изначально для всех является психически здоровым, пока не доказано противное, и никто не вправе требовать от него подтверждения этого очевидного факта. К сожалению, этот принцип зачастую игнорируют государственные органы, требующее доказательства психического здоровья того или иного человека. Единственное, что может ответить психиатр на подобный запрос — это сообщить (если это соответствует законодательству), состоит

ли человек на учете в психоневрологическом диспансере. Однако тот факт, что человек не состоит на учете у психиатров ровным счетом ни о чем не говорит: если не состоит, то это вовсе не означает, что у него нет психического заболевания.

Основными принципами психиатрии, претендующей на научность своих взглядов, на сегодняшний день можно считать **принципы феноменологической психиатрии**. Именно феноменологическая психиатрия располагается в области «золотой середины», оптимального положения психиатрического маятника (рисунок 17).

Рисунок 17.



В психиатрии феноменологический переворот совершил в 1913 году известный немецкий психиатр и психолог Карл Ясперс. Базируясь на философской концепции феноменологической психологии Гуссерля, он предложил принципиально новый подход к анализу психиатрических симптомов и синдромов.

В основе феноменологической подхода в психиатрии лежит понятие «феномена». Феноменом можно обозначать любое индивидуальное целостное психическое переживание. Субъект-объектное противостояние, по мнению А.А.Ткаченко, Ясперс считал первичным и «никогда не устранимым» феноменом, в связи с чем он противопоставлял сознание окружающего, предметное сознание сознанию своего Я, самосознанию. В соответствии с таким подразделением становилось возможным описывать сначала саму по себе анормальную реальность, а затем переходить к формам изменения самосознания. Неразделенность этих составляющих в переживании была обозначена Ясперсом как совокупность отношений, расчленение которой оправдано только необходимостью соответствующих описаний. Эта совокупность отношений основывается

на характере переживания пространства и времени, своего телесного осознания, сознания реальности.

Для Ясперса феноменология являлась эмпирическим актом, образующимся благодаря сообщениям больных. Именно поэтому он так высоко ценил подробные истории болезни — их расширение, особенно в сравнении с временами Пинеля, когда история болезни могла занимать объем не более страницы, что позволяло бы глубже проникнуть во внутренний мир больного (А.А.Ткаченко). Это стало закономерным следствием предпочтения индивидуальному методу с его выделением общего за счет индивидуального и специфического метода феноменологического, сохраняющего в своих понятиях структуру реального многообразия признаков (Ю.С.Савенко). В основных чертах этот метод явился следованием дескриптивному методу Гуссерля. Было очевидно, что подобный психологический метод явно отличается от естественнонаучных описаний, поскольку предмет в данном случае не предстоит сам по себе перед нашим взором чувственно, опыт является лишь представлением. В предлагаемом Ясперсом методе описание требовало, кроме систематических категорий, удачных формулировок и контрастирующих сравнений, выявление родства феноменов, их порядка следования или их появления на непроходимых расстояниях, и имело своей задачей наглядно представлять психические состояния, переживаемые больными, рассматривать их родственные соотношения, как можно более строго ограничивать их, различать и определять их во времени (цит. по А.А.Ткаченко). Поскольку мы никогда не в состоянии непосредственно воспринимать чужое психическое таким же образом, как и физическое, речь могла идти, по мнению Ясперса, лишь о представлении, вчувствовании, понимании, достижимых посредством перечисления ряда внешних признаков психического состояния и условий, при которых оно возникает, чувственного наглядного сравнения и символизации, посредством разновидности суггестивного изображения. Именно поэтому Ясперс отводил такую роль самоописаниям больных, а также развернутым история болезни, где необходимо давать отчет о каждом психическом феномене, о каждом переживании, не ограничиваясь общим впечатлением и отдельными, специально выбранными деталями.

Феноменологическая психиатрия, в отличие от ортодоксальной психиатрии и некоторых иных (к примеру, психоаналитической

психиатрии) использует принципы понимающей, а не объясняющей психологии. Переживание человека рассматривается многомерно, а не толкуется (как это принято в ортодоксальной психиатрии) однозначно. За одним и тем же переживанием может скрываться как психологически понятный феномен-признак, так и психопатологический симптом. Для феноменологически ориентированного психиатра не существует однозначно патологических психических переживаний. Каждое из них может относиться как к нормальным, так и аномальным. Если в рамках ортодоксальной психиатрии вопрос нормы-патологии трактуется произвольно на базе соотнесения собственного понимания истоков поведения человека с нормами общества, в котором тот проживает, то в феноменологической психиатрии существенное значение для диагностики имеют субъективные переживания и их трактовки самим человеком (то, что представители первого направления обозначили бы «психологизаторством»). Психиатр же следит лишь за логичностью этих объяснений, а не трактует их самостоятельно в зависимости от собственных пристрастий, симпатий или антипатий и даже идеологических приоритетов.

Психиатрия, использующая феноменологический метод, по Ю. С. Савенко, должна включать восемь, применяемых последовательно и описанных ниже, принципов:

1. Рассмотрение самого себя как тонкого инструмента, органа постижения истины и длительное пестование для этой цели. Убеждение в необходимости для этого чистой души.
2. Особая установка сознания и всего существа: благоговейное отношение к Истине и Природе, трепетное — к предмету постижения: понять его в его самоданности, каков он есть.
3. Боязнь не то что навязать, даже привнести что-то инородное от себя, замутнить предмет изображения, исказить его. Отсюда задача: не доказать свое, не вытянуть, не навязать, не выстроить, а — забыв себя, отрешившись от всех пристрастий — войти в предмет изображения, раствориться в нем и уподобиться ему, и, таким образом, не построить, а обнаружить, т. е. адекватно понять, постичь. Этому служит процедура феноменологической редукции или «эпохе» (воздержание от суждения — *греч.*), представляющая последовательное, слой за слоем, «заключение в скобки», т. е. «очищение от всех теорий и гипотез, от всех пристрастий и предубеждений, от всех данных науки, «сколь бы очевидными они ни были».

Временная «приостановка веры в существование» всех этих содержаний, отключение от них высвобождает феномены из контекста нашей онаученной картины мира, а затем и повседневного образа жизни, «сохраняя при этом их содержание в возможно большей полноте и чистоте». Эта процедура включается по мере необходимости на любой ступени феноменологического исследования. На начальном этапе она возвращает нас в «жизненный мир», т. е. к универсальному горизонту, охватывающему мир повседневного опыта, освобожденному от всевозможных научных и квазинаучных представлений, заслонивших первозданную природу вещей.

4. «Феноменология начинается в молчании», внутренней тишине, забвении всего не относящегося к данному акту постижения, отключении от круговерти собственных забот. Любая собственная активность — помеха. Вплоть до ведения самой беседы, в лучшем случае, первой встречи с психически больным. Нередко продуктивнее «смотреть и слушать со стороны» беседу коллеги с больным.

5. Полное сосредоточение внимания на предмете, точнее на его «горизонте», т. е. не только моменте непосредственного восприятия, но всех «до» и «после», всех скрытых, потенциальных, ожидаемых сторонах предмета, т. е. на предмете, взятом во всем его смысловом поле.

6. Далее следует процедура «свободной вариации в воображении», в которой совершается совершенно произвольная модификация предмета рассмотрения в различных аспектах посредством мысленного помещения его в разнообразные положения, ситуации, лишения или добавления различных характеристик, установления необычных связей, взаимодействия с другими предметами и т. д. Задача — уловить в этой игре возможностей инвариантность варьируемых признаков. Этим достигается усмотрение сущности в виде конституирования феномена в сознании в ходе постепенной «кристаллизации» его формы. Это и есть «категориальное созерцание» (в отличие от чувственного) или «эйдетическая интуиция».

7. И, наконец, описание. По словам Гуссерля, «лишь тот, кто испытал подлинное изумление и беспомощность перед лицом феноменов, пытаясь найти слова для их описания, знает, что действительно значит феноменологическое видение. Поспешное описание до надежного усмотрения описываемого предмета можно назвать одной из главных опасностей феноменологии». В связи с частой уникальностью описываемого используется описание через отрицание, описание через сравнение (метафоры, аналогии), описание через цитирование и передачу целостных картин поведения. Необходимо взыскательное отношение к лексическому выбору и терминологии, внимание к оттенкам не только смыслового поля, но и этимологических истоков, к звуковому и зрительному гештальту слов.
8. Истолкование скрытых смыслов, герменевтика — позднейшее дополнение феноменологического метода — фактически представляет самостоятельный метод следующей ступени, выходящий за пределы феноменологии в собственном смысле слова.

Для приближения теории феноменологической психиатрии к повседневной практике выделим и прокомментируем четыре основных ее принципа.

Принцип понимания, как уже упоминалось выше, используется как противопоставление принципу объяснения, широко представленному в ортодоксальной психиатрии и основанному на критерии понятности или непонятности для нас (сторонних наблюдателей) поведения человека, его способности поступать правильно и исключать нелепые высказывания и действия. В рамках феноменологической психиатрии критерий понятности переходит в русло понимания и согласия диагноста с логичной трактовкой собственных переживаний и реакций на них. Продолжим начатый выше анализ случая с идеями ревности. Если для ортодоксального психиатра базой для диагностики бреда ревности будет выступать «нелепый характер высказываний и умозаключений больного» («жена изменяет, потому что вставила новые зубы»), то для феноменологического психиатра существенным, наряду с другими параметрами, будет анализ понимания человеком сути измены («что вкладывать в понятие измены»). Ведь под этим термином может скрываться целый спектр толкований: измена — это интимная

близость, это — флирт, это — нахождение с другим человеком наедине, это — поцелуй, это — любовное чувство и т.д. Следовательно, без оценки субъективного смысла «измены» невозможно говорить о генезе ложной убежденности, характерной для бреда. Без понимания субъективности переживания человека нельзя сделать вывод об их обоснованности и логичности.

Обратимся к *убедительным размышлениям* по *конкретному* случаю одного из основоположников феноменологического подхода в психиатрии Людвига Бинсвангера. Он писал: «Если вы спросите больного, слышит ли он голоса, а он вам заявит на это, что голосов он не слышит, но «по ночам открыты залы обращений», которые он «охотно бы позволил», то вы можете обратить внимание на точный текст этого предложения и высказать свое суждение об этом, т. е. что речь идет о причудливой или странной манере говорить, и вы можете даже положить это суждение в основу вывода о том, что больной страдает шизофренией». Это, по мнению Л. Бинсвангера, не отражает феноменологического подхода. Ведь «всякое феноменологическое рассмотрение психопатологического явления вместо того, чтобы заниматься разделением психопатологических функций по видам и родам, прежде всего должно быть направлено на существо личности больного, которое представляется нам в его мировоззрении. Конечно, мы можем представить себе весьма наглядно также и отдельные феномены, как, например, переживание "зала обращений" — сначала чувственно-конкретно, затем также более или менее категориально-абстрактным образом, но личность, которая имеет это переживание, всегда сопридана как конкретному феномену, так и абстрактному содержанию существа его, и "между" феноменом и личностью можно наблюдать точно фиксируемые всеобщие сущностные взаимосвязи».

Таким образом, принцип понимания позволяет нам отделить психологические феномены от психопатологических симптомов, а в некоторых случаях и постараться их противопоставить чисто лингвистически. Один и тот же феномен после акта понимания, вчувствования может быть нами назван либо аутизмом, либо интраверсией, резонерством или демагогией, амбивалентностью или нерешительностью и т. д.

Следующим феноменологическим принципом является **принцип «эпохе» или принцип воздержания от суждения.** В психиатрии его можно было бы модифицировать в принцип воздержания

от преждевременного суждения. Его суть заключается в том, что в период феноменологического исследования необходимо отвлечься, абстрагироваться от симптоматического мышления, не пытаться укладывать наблюдаемые феномены в рамки нозологии, а пытаться лишь вчувствоваться. Следует указать, что вчувствование не означает полного принятия переживаний человека и исключение анализа его состояния. В своем крайнем выражении вчувствование может обернуться субъективностью и так же, как в ортодоксальной психиатрии привести к неправильным выводам. Примером подобной крайности может служить высказывание Рюмке о «чувстве шизофрении», на основании которого рекомендуется постановка этого диагноза.

Два следующих принципа феноменологической психиатрии могут быть обозначены как **принцип беспристрастности и точности описания**, а также **принцип контекстуальности**. Принцип беспристрастности и точности описания клинического феномена заключается в требовании исключить любые личностные (присущие врачу-диагносту) субъективные отношения, направленные на высказывания обследуемого, избежать субъективной их переработки на основании собственного жизненного опыта, морально-нравственных установок и прочих оценочных категорий. Точность описания требует тщательности в подборе слов и терминов для описания состояния наблюдаемого человека. Особенно важным становится контекстуальность наблюдаемого феномена, т. е. его описание в контексте времени и пространства — создание своеобразных «фигуры и фона». Принцип контекстуальности подразумевает, что феномен не существует изолированно, а является частью общего восприятия и понимания человеком окружающего мира и самого себя. В этом отношении контекстуальность позволяет определить место и меру осознания проводимого человеком феномена.

Психиатрические истории болезни изобилуют выражениями типа: «у больного печальное, скорбное выражение лица», «пациент ведет себя неадекватно, груб с медицинским персоналом, гневлив», «больной переоценивает свои способности». Они приводятся врачом зачастую в качестве «доказательства» наличия психопатологической симптоматики, дезадаптивных, болезненных проявлений. Однако эти обоснования теряют вес в связи с тем, что приводятся изолированно, вне контекста ситуации, вызвавшей психические феномены. Печальное, скорбное выражение лица

в палате психиатрической лечебницы имеет особый оттенок и может быть расценено как нормальная реакция человека на госпитализацию, а печальное, скорбное выражение лица при встрече после разлуки с любимым человеком несет иную смысловую нагрузку. Грубость человека при любезном с ним обращении по крайней мере неадекватна, а грубость пациента, насильственно помещаемого санитарами в психиатрический стационар может быть вполне адекватной. Анализ переоценки испытуемым собственных способностей нуждается в документальном подтверждении, в противном случае возникает законный вопрос: «А судьи кто?» Нередки в традиционных историях болезни и преувеличения, которые могут приводить к недоразумениям при их интерпретации. К примеру, высказывание: «Больной Ч. постоянно, где бы ни находился, теребил свои половые органы» вызывает сомнение в истинности и точности наблюдения. Налицо неудачный художественный прием, который может привести к неправильному диагностическому анализу психического состояния пациента.

В этом отношении показательным является пример, приводившийся психиатром Рюмке, с таким психологическим феноменом, как плач. Охарактеризовать и описать его как-будто бы не сложно, но без реального контекста описание теряет смысл. Можно описать плач как раздражение слезных желез, как признак слабости («ты слишком большой, чтобы плакать»), как реакцию на несчастье или на счастливое событие («слезы радости»). И каждый раз эффект-понимание может оказаться разным. В феноменологии должен существовать не плач сам по себе, а «плач, потому что...»

Показателен пример с традиционным для психиатрии доказательством отсутствия астенического синдрома. Как правило, психиатр противопоставляет «ипохондрическим» жалобам пациента на быструю утомляемость такое обоснование, как «астении нет, поскольку тот два часа беседовал, врач уже утомился, а он свеж и бодр и мог бы проговорить еще столько же времени». С точки зрения феноменологической психиатрии упускается из виду масса параметров, которые могли бы быть существенными для иного понимания этого феномена. Например, больной мог быть заинтересован в разговоре, слушателе, т. е. астеническая утомляемость блокировалась подкрепленной положительными эмоциями мотивацией.

Существенна также историческо-культуральная контекстуальность. Диагностическая оценка убежденности в факте энергетического вампиризма, экстрасенсориального воздействия невозможна без культурологического контекста. Вне его она теряет смысл.

Диагностические принципы-альтернативы

Психиатрия отличается от других медицинских дисциплин, в первую очередь, многомерностью оценки понятий нормы и патологии, здоровья и болезни. Если в соматической медицине граница между этими принципиально противоположными состояниями достаточно резка, разительны и очевидны признаки, отличающие болезнь от здоровья, то в психиатрии вернее говорить о спектре, в рамках которого соединяется норма и патология, проходя определенные смешанные, пограничные этапы.

Однако присутствие психолого-психиатрического спектра не может служить основанием для антипсихиатрических воззрений, поскольку каждая часть спектра имеет определенные и весьма характерные отличительные признаки. Вопрос состоит не в том, чтобы найти границу, отделяющую психическую патологию, болезнь от психической нормы и здоровья. Проблема заключается в том, с какой стороны от «пограничной зоны» расположить эту границу.

Вследствие естественных трудностей, стоящих на пути психиатрического диагностического действа, в рамках психиатрической теории разработан набор принципов-альтернатив. В его основании заложены принципы феноменологической психиатрии — *каждое целостное индивидуальное психическое переживание человека (феномен) должно рассматриваться как многозначное, позволяющее понимать и объяснять его как в категориях психопатологических, так и психологических.* Практически не существует психических переживаний человека, которые могут быть однозначно и априорно причислены к рангу симптомов.

Можно выделить несколько подобных принципов-альтернатив: болезнь-личность, нозос-патос, реакция-состояние-развитие, психотическое-непсихотическое, экзогенное-эндогенное-психогенное, дефект-выздоровление-хронификация, адаптация-дезадаптация, негативное-позитивное, компенсация-декомпенсация, фаза-приступ-эпизод, ремиссия-рецидив-интермиссия, тотальность-парциаль-

ность, типичность-атипичность, патогенное-патопластическое, симуляция-диссимуляция-аграващия.

Перечисленные принципы-альтернативы способствуют обоснованию многомерного подхода к оценке психического состояния человека взамен примитивной одномерной оценке в координатах больной-здоровый. К примеру, пациент, перенесший приступ шизофрении, в одномерной системе координат должен быть признан либо больным, либо здоровым. Но на практике для психиатра сам вопрос не может быть поставлен столь категорично. В многомерной системе координат оценка состояния пациента, перенесшего шизофренический приступ, будет складываться из иных категорий. Состояние «отсутствия активных симптомов шизофрении» может быть обозначено как одна из альтернативных характеристик «дефект-выздоровление-хронификация», «ремиссия-рецидив-интермиссия», «адаптация-дезадаптация», «компенсация-декомпенсация» и «позитивное-негативное». Можно ли назвать дефект здоровьем, или его вернее отнести к болезненным проявлениям? Для психиатра так вопрос не формулируется, поскольку он не может иметь однозначного ответа. Дефект и есть дефект. Так же, как и иные вышеперечисленные параметры, например, негативная симптоматика.

Далее будут приведены наиболее известные психиатрические принципы-альтернативы и проанализированы клинические параметры, позволяющие производить выбор одного из альтернативных критериев оценки психической деятельности.

Болезнь-личность

Принцип «болезнь-личность» является основополагающим в диагностическом феноменологически ориентированном психиатрическом процессе. Он предопределяет подход к любому психологическому феномену с двух альтернативных сторон: либо наблюдаемый феномен является психопатологическим симптомом (признаком психической болезни), либо он является признаком личностных особенностей, например, мировоззрения человека, традиционного для его этноса, культурной или религиозной группы стереотипа поведения.

Особенно ярко альтернатива «болезнь-личность» может быть продемонстрирована на примере такого феномена, как убежденность в чем-либо, которую можно представить в виде альтернати-

вы бред-мировоззрение, бред-суеверие. Как известно, бред — это ложное умозаключение, не поддающееся коррекции и возникающее на болезненной основе. Однако столь распространенное определение бреда наталкивается на серьезные сложности при проведении дифференциации между бредом и иными идеями, суждениями, умозаключениями, не поддающимися коррекции. Например, религиозная идея в представлении атеиста может быть признана ложной и не поддающейся коррекции, т.е. атеисту не разубедить верующего. Следует ли из этого факта, что вера — это бред? Критерий болезненной основы в данном случае ничего не дает для дифференциации, поскольку непонятно как определить болезненную основу, если еще не произведен диагностический поиск, не выяснено имеются ли симптомы болезни.

С другой стороны, близким по значению к вышеприведеному определению следует признать дефиницию мировоззрения. Мировоззрение — система принципов, взглядов, ценностей, идеалов и убеждений, определяющих направление деятельности и отношение к деятельности отдельного человека, социальной группы или общества в целом. Где же граница между религиозным убеждением как мировоззренческой системой и бредовыми идеями?

Современная психиатрия, пытаясь обойти подобный риф на пути диагностики, ввела новое определение бреда. Бред — это ложная, непоколебимая уверенность в чем-либо, несмотря на несомненные и очевидные доказательства и свидетельства противного, если эта уверенность не присуща другим членам данной культуры или субкультуры. Наиболее существенным в данном определении является не традиционная оценка бреда как ложного умозаключения, а указание на значимость этно-культурального анализа. Следовательно, болезненной подобная уверенность будет оцениваться только в случае неопровержимых доказательств обратного (что практически сделать невозможно — какие факты, к примеру, необходимы для убеждения человека с идеями ревности? Свидетельства очевидцев? Чистосердечное признание? Но ведь само понятие «измена» многозначно), либо тогда, когда для микросоциальной среды, выходцем из которой является обследуемый, подобное убеждение чуждо.

Особенно сложным является дифференциация в рамках альтернативы «бред-суеверие». Основным опорным пунктом в данном случае также должен стать этно-культуральный подход. Если

конкретное суеверие типично для данного микросоциума, то убежденность не может явиться основой для диагностического процесса. Необходимо будет искать иные психические феномены и доказывать их психопатологический характер. Т. е. для того, чтобы с высокой вероятностью отнести убежденность в чем-либо к бредовым идеям необходимо оценить ее (убежденность) как уникальное и субъективное явление, не находящее аналогов в субкультуре анализируемого человека. К примеру, убежденность человека в том, что его плохое самочувствие связано с «наведением порчи» чаще трактуется в нашей культуральной среде на настоящем историческом этапе как суеверие, а не как симптом, поскольку убеждение в возможности «наводить порчу, сглаз» является достаточно типичной мировоззренческой установкой. В то же время убежденность человека в том, что сходное плохое самочувствие и даже болезнь обусловлены тем, что на улице мимо него проехали три машины красного цвета, невозможно обосновать традиционными верованиями и вследствие этого высоковероятной является оценка их с психопатологических позиций.

Несколько десятилетий назад убежденность человека в том, что он находится под воздействием «энергетических вампиров» была бы истолкована психиатрами как бредовая, сегодня — она чаще всего трактуется как мировоззренческая установка. К явлениям того же ряда можно отнести идеи контактов с иноземными цивилизациями, зомбирование и пр. Сложным остается и дифференциация символизма как способа творческого мышления и символизма как симптома.

В качестве яркого примера принципа-альтернативы «болезнь-личность» может быть представлено следующее наблюдение, в котором рассматривается феномен восприятия зрительного изображения:

Больная Г., 70 лет, пенсионерка, находится в психиатрическом отделении Казанской городской психоневрологической больницы с 9 сентября 1991 г. В психиатрический стационар поступает впервые в жизни с жалобами на мучающие ее видения «необычных зверей», человеческих голов, страх. В стационар поступает по собственному желанию с целью избавления от надоевших «видений». Психически больной себя не считает.

Из анамнеза. Родилась в Киевской области, родители работали в совхозе — отец бухгалтером, мать — рабочей. В семье было пятеро детей, младший брат умер вскоре после рождения, Г. — младшая из четырех сестер. Сестры в настоящее время проживают на Украине. В детстве переболела коклюшем, пневмонией. Окончила 7 классов, училась хорошо, но была вынуждена бросить учебу из-за тяжелой болезни матери (травма позвоночника). Была учеником счетовода, потом

работала счетоводом в совхозе. Родители умерли до войны, сначала мать, затем от рака поджелудочной железы отец. Во время войны была призвана в армию. В 1944 году после ухода войск на Запад служила в Киевской области связисткой. После войны уехала в г.Черновцы к сестре, работала в сберкассе. В Казань приехала в 1946 г. В 1947 г., в возрасте 26 лет, вышла замуж. Муж был старше ее на 9 лет. О своих отношениях с мужем говорит: «всякое было», «когда замуж выходила любила, наверное, потом муж стал пить, я часто болела, бывало и спорили». Родилась дочь, которая умерла в 6-месячном возрасте от диспепсии. «Я переживала, конечно плакала, но что же делать, мертвого не поднимешь, куда деваться, надо жить». Хотела еще иметь детей, но после родов было приращение плаценты, эндометрит, затем бесплодие. Рассказывает, что муж очень любил детей, часто приводил соседских ребятишек домой, играл, катал на машине. Она к этому относилась спокойно, в играх не участвовала. Никогда не думала о том, чтобы усыновить ребенка, не позволило здоровье и отношения в семье. Хозяйство всегда вела сама, когда начала болеть (бронхиальная астма), не могла ухаживать за мужем, трудно было делать все самой, муж пил. Предлагала ему жениться или привести к себе в комнату женщину, чтобы было кому за ним ухаживать, на что муж однозначно ответил, что много лет они прожили вместе, и сейчас он так непорядочно поступить не может. Семейной жизнью была удовлетворена невполне. После смерти мужа в 1974 г. осталась совсем одна, много болела. Никогда не думала о том, чтобы создать новую семью («не позволяло здоровье»). В Казани 20 лет работала на швейной фабрике. Говорит, что часто с подругами ходила в кино, театр, ездила в лес. Под окном дома был участок 5 соток, работала на нем, выращивала помидоры, огурцы. Сейчас участок отдала, т.к. не справляется, оставила немного земли, сажает там цветы. Говорит, что раньше была веселой, много смеялась. Были подруги — дружила с женщинами во дворе, отношения были хорошие, но откровенничать не любила, — «в жизни всякое бывает», а «жаловаться не люблю; еще осудят», «надеялась только на себя», «хорошего в жизни не было, а о плохом, что говорить». На работе отношения с сотрудниками были нормальными, близких подруг там не заводила, особенно когда работала в сберкассе — работа связана с деньгами, поэтому никому не доверяла. Хорошо делала свое дело, замечаний никогда не было. Говорит, что колебания настроения появились давно. В последние годы настроение часто было плохим, особенно после смерти мужа. Когда осталась совсем одна, много болела. «Больная куда пойдешь? Только мешать людям». «Все с мужьями, дети есть, а я кругом одна». Есть несколько подруг, иногда ходит к ним в гости. Общается с соседями во дворе. Хозяйство ведет сама, помогают соседи (принести воды, в магазин сходить, сделать укол, вызвать скорую помощь). Приходит медсестра по социальной помощи. В бога верила всю жизнь, «не знаю, передалось ли это от родителей, это всегда со мной. Людям не показывала — «в душе помолишься». В церковь не ходила — «раньше церкви были разрушены, сейчас тяжело физически». Дома икон не было, «недавно купила одну новую, старых нет». Говорит, что верила в «воздействие Кашпировского, Чумака». За сеансами следили всем двором. Вначале верили, но когда никому из близких не помогло, вера прошла. Статью об экстрасенсе Дубицком читали все вместе, но соседи отнеслись к ней с недоверием, или «боялись вызвать призрак» — «Он колдун, дьявол». Говорили: «Ты что, с ума сошла», «но угораздило меня попробовать». Жалеет, что не смогла получить образование, говорит, что очень хотела учиться, работать «повыше», кем, где значения но имело. С 1965 г. имеет инва-

лидность (II гр. по поводу бронхиальной астмы). В 1979 г. — травма позвоночника, в 1985 г. в связи с этим была установлена инвалидность 1 гр. С 1982 г. — частые приступы гипертонической болезни (АД до 240/170 мм рт.ст.), сопровождающиеся сильной тошнотой, рвотой, головной болью. С 1961 г. — увеличение щитовидной железы II степени, страдает также холецистопанкреатитом, сахарным диабетом, компенсированной формой. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена.

Психические расстройства возникли в мае-июне 1991 года, за 4 месяца до обращения к психиатрам и госпитализации в психиатрическую больницу. После прочтения заметки в газете «Труд» — «Призрак спешит на зов» — резко изменилось психическое состояние Г. В публикации рассказывалось об экстрасенсе Евгении Дубицком, чей «энергетический двойник» по воле реципиента «можно вызывать на дом для лечения». Экстрасенсом описывалась методика подобного вызова: «А вызвать энергетический фантом можно так — мысленно произнести слова: "Евгений, придите, пожалуйста, ко мне". Представить, что я пришел, и поздороваться. Потом попросить помочь. Все это мысленно. Больной, к которому меня вызывают, должен лечь или поудобнее устроиться в кресле и расслабиться. В комнате никого постороннего быть не должно. Через полчаса так же мысленно надо попрощаться, сказать: "Большое спасибо, до свидания"». В публикации экстрасенс обещал излечить любую болезнь. Пациентка Г. выполнила инструкцию, решив избавиться от соматических недугов. Об этом эпизоде рассказала так: «В первый раз ко мне явился "врач в белом халате", при этом комната расширилась, двери переместились. Лица он не показал, стоял только спиной или боком, разговаривая с кем-то о том, что "помочь этой больной он не сможет"». Слов она не слышала, но поняла, что разговор идет о ней. После этого по стенам, по потолку стал «бегать глаз», считает, что это был глаз Дубицкого, она мысленно с ним разговаривала, ощущала на себе его воздействие: «Как будто рентгеновский луч, или очень яркий солнечный зайчик». При этом появилась боль и тяжесть в глазах. Все события происходили в вечернее и ночное время. В это время Г. лежала на кровати с закрытыми глазами, однако образы «видела в комнате». Через 2 недели после этого случая больная стала видеть, как на стенах и потолке комнаты «появляются и двигаются портреты людей, которые к вечеру превращаются в страшных, фантастических зверей, при этом вытягиваются носы, вырастает шерсть». «Звери кружатся по комнате, залезают к ней под одеяло, ложатся в постель, постоянно изменяются, принимают разные обличия». Каждый вечер больная мучительно не могла заснуть под влиянием этих видений. Говорит, что они очень реальны, окружают ее везде: «Был бы фотоаппарат, обязательно бы их сфотографировала». Видела их только при закрытых глазах. Интенсивность видений увеличивается к вечеру. Сам Дубицкий, по ее мнению, принимает разные обличия: один раз он явился к ней в виде «огромного трехметрового зверя» (полумедведя - полудракона), лег рядом на кровати, стал задыхаться. Больная, забившись в угол кровати, долго смотрела, как он «испускает дух», и не выдержав, в 2 часа ночи, убежала к соседке ночевать, но двойник и звери преследовали ее и там. Больная отмечает, что первые 3-4 раза она «вызывала» Дубицкого по своему желанию, в дальнейшем он стал являться к ней самостоятельно. Она ложилась на кровать, закрывала глаза, мысленно произносила формулу вызова «Евгений, придите, пожалуйста, ко мне». На 3-м сеансе больная «увидела красивого молодого мужчину», завернутого во все черное, который сел перед ее кроватью и стал смот-

реть «пронзительным взглядом». Говорит, что в процессе развития болезни сначала к ней «являлся двойник Дубицкого, затем стала видеть его глаз, который плавал по потолку и воздействовал на нее лучами. Затем глаз "изменился", "я поняла, что это не его глаз, другой, что Дубицкий, обидевшись за "холодный прием" его двойника, (т.к. она не поздоровалась), стал посылать ужасных зверей». Сейчас больная думает, что Дубицкий, возможно умер, т.к. «уже давно перестала видеть глаз, через который он воздействовал на нее, однажды видела его двойника в виде чудовища, которое у нее на кровати задыхалось и умирало, и все звери, которых он насылвл, тоже стали умирать», «плавали, как мертвые». Видела яркое зарево в углу комнаты, глаза очень слепило, пыталась закрыться рукой, «но яркий свет проникал и через руку».

В последние недели (до поступления в стационар) под влиянием «видений» больная спала по 3-4 часа в сутки, ждала, пока совсем измученная, не уснет. Ела достаточно, но готовить боялась («руки как-будто отрубают», «нет желания ничего делать»). Часто чувствовала неприятный запах, даже закрывала пол, чтобы не ощущать его. Голосов, комментариев не слышала, все происходило беззвучно вокруг больной. Обратилась к прихиатру, «т.к. нет возможности все это больше терпеть», хочет вылечиться, избавиться от «видений». За день до поступления после беседы с врачом, который под ее давлеиием обещал связаться с Дубицким, решила, что в 20 час. 30 мин. будет сеанс общения с экстрасенсом, который «узнав от врача о ее новой болезни, попытается избавить ее от видений». В этот вечер ощутила гул в комнате, «как будто двигатель работал», «кровать стала шататься», а сама больная чувствовала «оцепенение, тяжесть во всем теле», «как свинцом всю залили». Казалось, что «стены дышат, переливаются волнами», «все вокруг в движении». В 23 часа в невключенном телевизоре появилась человеческая голова с множеством глаз на лбу, шее, волосах, из которых стали выползать младенцы и тут же превращаться в фантастических зверей, кружить по комнате. Больная отмечала, что, кроме невероятной тяжести, она ощутила сильное сердцебиение, пульс был очень частый. Думала, что поднималось давление. На следующий день была госпитализирована в психоневрологическую больницу. Обращалась к психиатрам стационара с просьбой связаться («по своим каналам») с экстрасенсом Дубицким и попросить его прекратить воздействие.

Соматический статус. Больная пониженного питания (вес 41 кг, рост 150 см). Имеется выраженная деформация грудной клетки. Состояние больной удовлетворительное, иктеричность склер, кожных покровов. В легких много сухих рассеянных хрипов. Тоны сердца приглушенные, пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 120/70 мм рт.ст. Живот равномерно участвует в акте дыхания, умеренно болезненный в эпигастрии, в правой подреберной области. Печень увеличена на 2,5 см, плотная, поверхность бугристая. Диагноз: Бронхиальная астма, инфекционно-аллергического генеза, гормонозависимая форма. Желчекаменная болезнь. Хронический холецистопанкреатит. Сахарный диабет, легкой степени, II тип, компенсированный.

Неврологический статус. Походка с легким пошатыванием. В позе Ромберга пошатывание, мелкоразмашистый тремор пальцев рук. Нистагм в крайних отведениях (слева чуть хуже конвергенция). Хоботковый, сосательный рефлексы — с тенденцией к мышечной гипотонии. Рефлексы оживлены, с 2-х сторон Якобсона-Ласко (S > D), грубый Маринэску-Родовичи с 2-х сторон. Чувствительных расстройств нет. Заключение: Цереброваскулярная болезнь с хронической

сосудистой мозговой недостаточностью в форме двухсторонней органической микроочаговой симптоматики.

Электроэнцефалография. Отмечаются легкие диффузные изменения с периодическими негрубыми пароксизмами волн диэнцефального характера.

Психический статус. На беседу к врачу больная приходит в основном по вызову. Двигательно спокойна, ориентирована правильно. Охотно беседует. Эмоционально, последовательно и подробно рассказывает о своих переживаниях. Мимика живая. В рассказе часто закрывает лицо руками, вытирает навернувшиеся слезы, беззвучно плачет. Говорит, что видит «разных страшных, лохматых зверей» вокруг себя в отделении, они «постоянно изменяются, рождаются новые», «сначала появляются человеческие младенцы из пасти зверя, они обрастают шерстью, вытягиваются», превращаются в «настоящих заерей, страшилищ». «Чудовища» кружат вокруг больной, бегают по полу, кровати, плавают в воздухе. «Зверей» видит разных — от совсем малеиьких до трехметровых. Видит также «человеческие головы» — старика — «колдун наверное», «ведьму лохматую, с горбатым носом», просто людей — мужчин, женщин, детей. Слов, звуков никаких не слышит, хотя видит, как они что-то говорят. Больная отмечает, что видит все при закрытых глазах, однако проецирует зрительные образы на то пространство, в котором находится. К примеру, на палату в больнице, на коридор. При закрытых глазах «видит» зверей на потолке, если лежит на спине, или на стене, если поворачивается в кровати на бок. Экстракампинной проекции никогда не отмечалось. Интенсивность видений усиливается к вечеру. При открытии глаз изображение зверей исчезает: «я их не вижу, но знаю, чувствую, что они здесь, вокруг меня», «куда же они денутся?» Прикосновений посторонних, невидимых существ больная до поступления в больницу не ощущала. Вспоминает, как однажды «огромный бегемот подошел к ее кровати и лег» на нее, при этом она никак не почувствовала его веса. В отделении стала ощущать покалывания в ногах — наверное, «звери кусают». Картина ведений меняется в течение болезни — сначала видела «двойника экстрасенса Дубицкого», потом «его глаз», по стенам, потолку «плавали портреты людей». Затем «появились фантастические звери». В процессе лечения, звери стали «вялыми, часто плачут, съеживаются, плавают, как мертвые». Раньше больная видела их черно-белыми, в больнице они ночами окрашиваются в голубой и морковно-красный цвет. В последние дни «они стали темными, расплывчатыми, как бы отодвинулись» от больной. Отмечает, что дома несколько раз видела, как «стены комнаты расширялись, двери передвигались», «стены были как живые, дышали, переливались». Чувствовала неприятный залах, исходящий из «пасти чудовищ», только при закрытых глазах. Свои переживания больная описывает ярко, красочно. Понимает необычность своих ощущений, несколько месяцев «стеснялась» о них говорить, скрывала от соседей, окружающих свое состояние. Говорит, что боится «чудовищ», особенно страшно становится, когда они подходят близко, смотрят в глаза пронзительным взглядом», «пасть разинут и дышат на меня». Дома под влиянием этого не могла спать, спала по 3-4 часа в сутки, несколько раз ночью убегала из дома к соседям. В больнице ведет себя спокойно — «здесь мне не страшно, меня окружают люди», «здесь они со мной ничего не сделают». Очень хочет избавиться от «видений», просит вылечить ее, но твердо уверена в том, что «зверей» на нее «наслал Дубицкий», просит «связаться с ним, пусть он меня полечит, ведь он же лечит на расстоянии». Критика к своим высказываниям формальная. Иногда в процессе беседы соглашается, что «возможно, это

казалось». Часто использует выражение «видела видения», уточняя, что «видеть с закрытыми глазами вообще-то нельзя, но видения появляются в необычных условиях — под воздействием экстрасенса — тогда это возможно, раз так написано в газете». При обсуждении с больной темы экстрасенсорики начинает плакать: «Вот ведь угораздило меня вызвать призрак, двойника экстрасенса». О своих дальнейших планах говорит, что больше «экспериментировать с призраками» не будет: «хватит, помучилась». Настроение больной неустойчивое, со склонностью к снижению. Бывает угнетена содержанием своих «видений». В отделении держится замкнуто, обособленно, в основном лежит в постели, редко читает газеты. С больными не общается — «здесь такие тяжелые больные лечатся!». Пунктуально выполняет назначения врача, аккуратно пьет лекарства, контролируя медицинский персонал в правильности выполнения назначений. Ориентировка всех видов сохранена. Внимание привлекается достаточно. Память незначительно снижена на текущие события. Больная религиозна. Рассказывает, что долго, когда «зверей становилось особенно много» пыталась «читать молитвы», «крестила их», но это не помогло. Верит в возможность положительного и отрицательного влияния экстрасенсов, в существование фантомов, приведений.

В процессе терапии в течение 2-3 недель (сонапакс, пропазин, амитриптиллин, этаперазин) состояние больной улучшилось. Зрительные образы потеряли яркость. Больная отметила уменьшение частоты их появлений и изменение «настроения зверя» (от агрессивно-издевательского до пассивного и даже «умирающего»). Отмечалась корреляция между нормализацией эмоционального состояния пациентки, исчезновения страха и тревоги, восстановления сна и характером галлюцинаторных образов.

Экспериментально-психологическое обследование. Беседует охотно, доброжелательно. Задания выполняет старательно, не утомляется при длительной работе. Механическое запоминание не нарушено. Из 10 слов воспроизводит: 5-7-8-8-8, через 1 час — 3 слова. Умеренно нарушено опосредованное запоминание. Из 16 понятий вспомнила 5. По таблицам Шульте: 71-125-95-60 сек. В мышлении выявляются элементы разноплановости и субъективизма. Например, в методике классификации на втором этапе выделяет следующие группы: «предметы из дерева», «предметы из железа», «смешанная», «фруктовые», «домашнее питание», «цветы», «лесные звери», «травянистые, букашки», «домашние животные», «транспорт». В рисуночных тестах — легкие признаки органического графического симптомокомплекса. Счетные операции выполняет без ошибок. Не справилась с наиболее сложными заданиями методики Коса. Данные СМОЛ малодостоверны (F = 83T), код 69 (72-63T), (3 - 38T), что может указывать на аффективную ригидность, склонность и сверхценным идеям, обидчивость, упорство в достижении цели. В методике Розенцвейга резкое увеличение экстрапунитивных ответов, уменьшение интрапунитивных и импунитивных а также препятственно-доминантных ответов. Показатель групповой конформности = 50%. По тесту Люшера: первый выбор — 3 6 5 2 4 1 7 0, второй выбор — 3 5 6 4 2 1 7 0, что указывает на неудовлетворенность жизненной ситуацией и взаимоотношениями, повышенное внимание к физическому самочувствию, тревогу и беспокойство, вызванные неудовлетворительным жизненным положением, определяют попытки избавиться с помощью напряженной деятельности, направленной на поиск сочувствия и понимания.

Приведенный случай представляет научный интерес по нескольким причинам: во-первых, обращает на себя внимание атипичность расстройств восприятия, которые достаточно сложно классифицировать, во-вторых, неясна нозологическая принадлежность выявленных нарушений и, в третьих, несомненно значим и необычен механизм взаимовлияния мировоззренческих установок пациентки, в условиях атмосферы пропагандирования нетрадиционных экстрасенсориальных способов терапии и психоти- ческого уровня психических нарушений. Как показывает клинический опыт и анализ научной литературы выявляющиеся у больной Г. психопатологические феномены можно оценивать в нескольких плоскостях. Либо в клинической картине заболевания присутствуют «галлюцинации при закрытых глазах» или «галлюцинации внушенные», либо эти расстройства неверно трактовать как галлюцинации, а следует признать, что это — сенсориализованные, визуализированные представления, т. н. «галлюцинации воображения» Дюпре.

Своеобразие приведенного случая заключается в доминировании психотического (по степени дезорганизации деятельности) синдрома — зрительных феноменов (галлюциноза?) — возникших вслед за психическим (эмоционально значимым) воздействием информации об экстрасенсорике. В литературе существуют указания на сходные феномены, например, «мнимовосприятия» умерших людей, однако, подобные расстройства, как правило, носят нестойкий характер и зрительные образы воспринимаются при открытых глазах и при сохранении критического отношения к ним. До настоящего времени дискутируется вопрос о психогенных галлюцинозах, и большинство авторов отрицают подобный механизм психогенеза. Своеобразием случая больной Г. является и характер психических нарушений. Ядром их служат зрительные образы, возникающие только при закрытых глазах, обладающие чувством «сделанности» (прошедшие путь от произвольных до непроизвольных), имеющие экстрапроекцию и не сопровождающиеся критическим отношением больной («псевдогаллюцинации при закрытых глазах» по терминологии М. И. Рыбальского). Зрительные образы оказывают влияние на поведение больной и ее интерпретацию ситуации, которая носит неадекватный характер. В эмоциональной сфере у больной выявляется выраженный тревожно-депрессивный синдром, взаимосвязь которого со зритель-

ными образами имеет двоякую направленность (от аффективной обусловленности и ожидания галлюцинаций до эмоциональной реакции на их появление).

Наиболее трудным для диагностической оценки выступает ассоциативный процесс, в частности убежденность больной в воздействии на нее экстрасенсориальным способом (по клиническим параметрам сходная с синдромом Кандинского-Клерамбо). Однако этот критерий на настоящем этапе развития общества не может считаться убедительным для диагностического процесса в психиатрии. Социологические исследования указывают, что 42% населения «верят в возможность передавать и принимать мысли на расстоянии».

Как показывают экспериментально-психологические исследования, с одной стороны, нет оснований говорить о шизофренических нарушениях мышления больной, с другой, не отмечается выраженных ассоциативных расстройств органического типа. Неадекватность оценки происходящего затрагивает лишь узкую субъективно-значимую (в большей степени мировоззренческую) сторону жизни больной — представления о возможности излечения болезней на расстоянии с помощью экстрасенсориального воздействия. Рассмотрение приведенного случая с традиционных для психиатрии клинических позиций наталкивается на ряд непреодолимых преград, не позволяющих достоверно квалифицировать синдромологию наблюдаемой картины.

Анализ клинической картины позволяет высказать предположение о том, что случай с пациенткой Г. отражает редкое (но, возможно, имеющее большие перспективы к распространению) психическое состояние, генез которого, возможно, кроется в психотерапевтическом воздействии мистической информации при экспансии мифологического мышления в обществе.

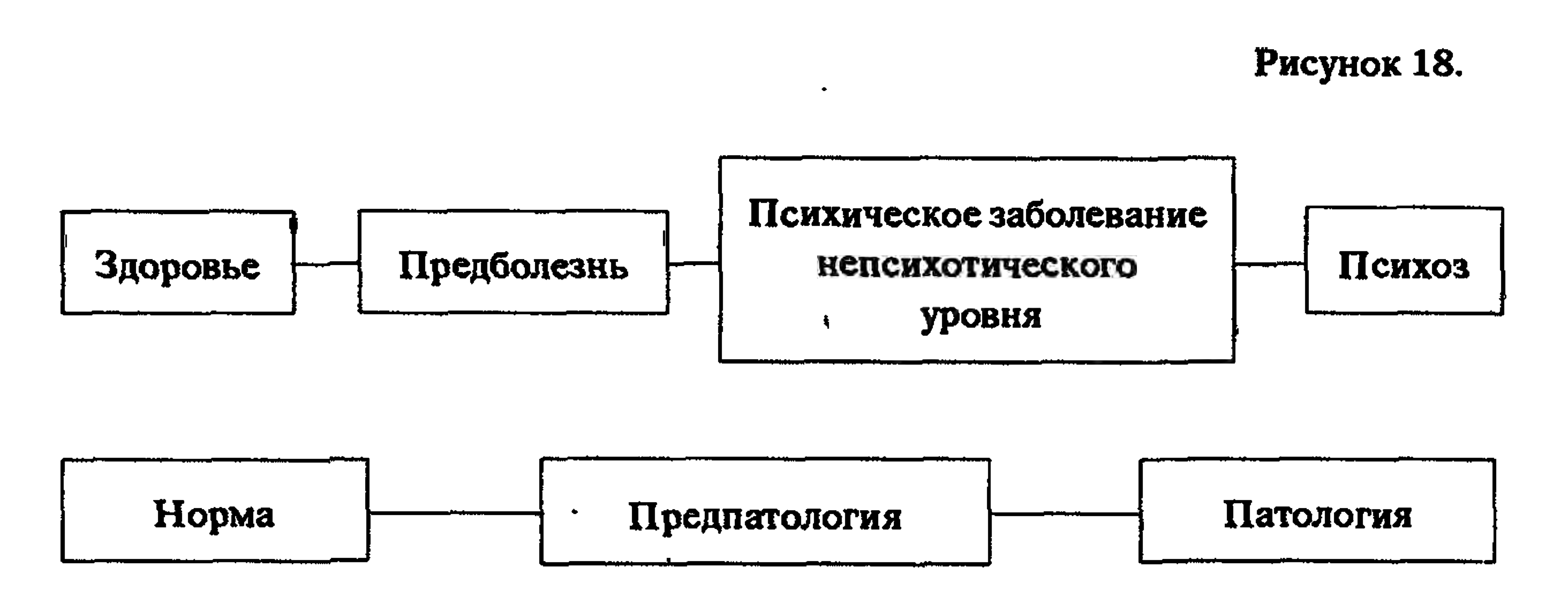
Нозос-патос

Принцип-альтернатива «нозос-патос» позволяет трактовать любой психологический феномен в системе координат, использующей понятия болезни (нозос) и патологии (патос). Под первым в психиатрии подразумевают болезненный процесс, динамическое, текущее образование; под вторым — патологическое состояние, стойкие изменения, результат патологических процессов или порок, отклонение развития.

Наблюдаемый психиатром-диагностом психологический феномен в соответствии с этим принципом должен трактоваться либо как обладающий нозологической специфичностью, имеющей болезненный механизм возникновения и развития, обладающий тенденцией к изменениям, прогредиентности, эволюции или регрессу; либо как патологическое образование, не склонное к каким-то существенным трансформациям, не имеющее этиологических факторов и патогенетических механизмов в медицинском смысле этих терминов, а также обладающее свойствами устойчивости, резистентности, стабильности.

Можно утверждать, что нозос и патос являются крайними (патологическими) вариантами различных по своей сути процессов или спектров. Так, нозос располагается в спектре здоровье-болезнь, а патос в спектре норма-патология. При этом в рамках каждого из них разнятся составные части спектра (рисунок 18).

Рисунок 18.



Приведенные спектры отличаются друг от друга как отдельными этапами, так и характером взаимоотношений между ними. По мнению Ю. С. Савенко, спектр норма-патология носит характер континуума, наблюдаются плавные переходы от одного состояния к другому. В то время, как спектр здоровье-болезнь не является континуумом и можно отметить ступенеобразность переходов. Вследствие этого, с позиции феноменологической психиатрии, переход между непсихотическим и психотическим этапами носит качественный (скачкообразный) характер, вследствие чего «вчувствоваться в психоз» невозможно.

Два приведенных спектра отражают современные представления о характере взаимосвязи нормы и здоровья. Понятие здоровой деятельности, здорового самочувствия, здорового поведения значительно шире, богаче и разнообразнее, чем понятие нормального. Здоровье определяется как состояние полного физического, умственного и социального благополучия и основывается на субъективном ощущении здоровья. Вследствие чего его диапазон расширяется. Норма же в медицине определяется как оптимум функционирования и развития организма и личности, оценка которого требует объективного (насколько это возможно) и сравнительного подхода. По данным некоторых исследователей-психиатров, норма составляет лишь одну треть здоровья. Условно это соотношение можно определить так: человек признается здоровым, но «ненормальным», т. е. субъективно он не испытывает никаких болезненных проявлений, отмечает комфортность собственного самочувствия (полное благополучие), но при этом объективно отмечается отклонение от оптимума функционирования. В соматической медицине проблема болезнь-патология не стоит столь остро как в психиатрии, где оценка состояния пациента имеет социально значимое звучание.

К нозосу в психиатрии относят болезненные процессы и состояния, такие как шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, инволюционные, сосудистые, инфекционные и иные психозы; к патосу — в первую очередь психопатию, дефектные состояния, аномалии развития.

Реакция-состояние-развитие

Альтернатива «реакция-состояние-развитие» является одной из важных при феноменологическом анализе психологического состояния обследуемого. Она позволяет ввести в этот анализ параметры стимула и реакции, внешнего и внутреннего. При этом оценка психологического феномена строится на основании оценки конгруэнтности или неконгруэнтности приведенных параметров. Этот принцип-альтернатива, также как другие, позволяет использовать многомерный подход, что дает возможность корректно подойти к ответу на многие диагностические вопросы. К примеру, как можно оценить в традиционных общемедицинских категориях болезни-здоровья следующее наблюдение: у ребенка на фоне повышенной температуры, вызванной инфекционным забо-

леванием, возник впервые в жизни развернутый судорожный припадок, который впоследствии в течение полугода не повторялся. Позволительно ли назвать состояние ребенка болезненным, диагностировать эпилепсию и ответить на вопрос здоров он или болен, нуждается в назначении антиконвульсантов или не нуждается?

Подобная постановка вопроса в феноменологической психиатрии не корректна. Поскольку она носит характер контрастности, одномерности. Для правильного ответа на подобный вопрос необходим анализ в рамках принципа «реакция-состояние-развитие».

Психической *реакцией* в психиатрии называется кратковременный (не дольше 6 месяцев) ответ на какую-либо ситуацию или внешнее воздействие. Психическим *состоянием* обозначается стойкий психопатологический синдром без склонности к развитию или регрессу (длительностью более 6 месяцев). Под психическим *развитием* понимается патологический процесс с внутренними закономерностями симптомообразования.

В такой системе координат оценка психического здоровья ребенка, перенесшего судорожный приступ (из приведенного выше примера), может быть основана на том, что судорожный припадок был единственным, причинно связанным с экзогенным (внешним) воздействие гипертермией и следовательно должен трактоваться как эпилептическая реакция. Следует иметь в виду, что сборное понятие «эпилепсия» в контексте принципа-альтернативы «реакция-состояние-развитие» феноменологически может быть представлено эпилептической реакцией, эпилептическим состоянием (болезнью) и эпилептическим развитием (изменениями личности или иными психическими расстройствами). Подобная трактовка распространяется на целый ряд психопатологических нарушений: реакцией, состоянием или развитием могут быть невротические симптомы (невротическая ситуационная реакция, невроз, невротическое развитие личности), шизофрения, особенно в западной психиатрической традиции (шизофреническая реакция, шизофренический психоз).

Психотическое-непсихотическое

Данное альтернативное разделение является традиционным для психиатрии и считается одним из основополагающих принципов, имеющих значение как для теории, так и для практики. Оно определяет тактику и стратегию психиатрического действа,

диктует выбор методов терапевтического воздействия, обосновывает применение тех или иных профилактических и реабилитационных мероприятий.

Принцип «психотическое-непсихотическое» оценивает такой психический параметр, как уровень психических расстройств, своеобразную глубину и выраженность психопатологической картины заболевания. В соматической медицине подобный критерий отсутствует, поскольку отсутствует необходимость оценки социально значимых сторон деятельности человека. Присутствует лишь параметр тяжести болезни, вероятности летального исхода или хронификации и инвалидизации. В психиатрии тяжесть расстройств может быть проанализирована двояко. С одной стороны, ее можно оценить с позиции представления о психическом здоровье — состоянии полного физического и душевного комфорта и благополучия, и тогда тяжесть расстройства будет определяться субъективно. С другой стороны, ее можно определять с позиции представления о социально вредном воздействии, к которому может привести психическое заболевание (в крайнем выражении — угроза жизни окружающих и себе), что предопределяет сугубо «объективный» подход.

Реальная психиатрическая практика основывается на второй платформе. Вследствие этого психотический уровень расстройства психической деятельности во всех случаях оценивается как состояние более «тяжелое», чем непсихотический.

Психоз, по определению фон Фейхтерщдебена (1846), это психическое состояние, характеризующееся тяжелым нарушением психических функций, контакта с реальной действительностью, дезорганизацией деятельности обычно до асоциального поведения и грубым нарушением критики.

Под **непсихотическим** уровнем понимаются симптомы и синдромы, сопровождающиеся критикой, адекватной оценкой окружающей действительности, когда больной не смешивает собственные болезненные субъективные ощущения и фантазии с объективной реальностью, а поведение находится в рамках социально принятых норм.

Исходя из дефиниций уровней психических расстройств, к психотическому уровню причисляются такие симптомы и синдромы, как галлюцинации, бредовые идеи, расстройства сознания, ментизм, шперрунг, разорванность и бессвязность мышления, амбивалентность, аутизм и другие. К непсихотичепскому — асте-

нический, фобический синдромы, расстройства внимания и пр. Однако и при оценке уровня психического расстойства также, как и в других случаях необходим феноменологический подход, учитывающий принципы «понимания», «эпохе», «контекстуальности», поскольку подавляющее большинство психопатологических симптомов могут трактоваться альтернативно и при определенных условиях могут быть относены либо к психотическому, либо к непсихотическому уровню. Даже казалось бы однозначно психотический галлюцинаторный синдром может расцениваться как непсихотический, если будут отсутствовать критерии психотического — некритичность, грубая дезорганизация деятельности и контакта с реальной действительности. В этом отношении показателен пример расстройств восприятия, сходных по клиническим проявлениям, но разнящихся параметром критики.

Депрессивный синдром, оценивается как психотический, как правило, на основании присоединения к нему кататимных бредовых идей (самообвинения, самоуничижения) и не поддающихся коррекции суицидальных намерений.

Особые сложности возникают при анализе уровня негативных психических расстройств (аутизма, абулии, деменции, изменениях личности и некоторых иных). Связано это, с одной стороны, с малой теоретической разработанностью характера самосознания и полноты критичной оценки при них, с другой, их негативными психопатологическими свойствами. В связи с этими непреодолимыми на настоящем этапе развития психиатрии препятствиями, нами было предложено, наряду с психотическим и непсихотическим уровнями психических расстройств, выделить третий уровень, условно обозначенный дефицитарным (см. главу 2). По нашему мнению, в него следует включать многие негативные психические расстройства.

Экзогенное-эндогенное-психогенное

Принцип-альтернатива «экзогенное-эндогенное-психогенное» относится, в первую очередь, к психопатологическим феноменам, поскольку он отражает тип психического реагирования на уровне патологии и не может использоваться при анализе психологических феноменов.

Разработка этого принципа основана на постулате психиатрии о том, что для определенной группы психических расстройств существуют выявленные и верифицированные этиопатогенетиче-

ские механизмы. На основании исследований Бонгхоффера, Мейера и Мебиуса, проведенных в конце прошлого века, было определено, что некоторые симптомы и синдромы могут возникать преимущественно одним из трех вышеуказанных этиопатогенетических путей — экзогенным, эндогенным или психогенным.

Экзогенный тип психического реагирования представляет собой психические реакции, состояния и развития, возникающие вследствие органических поражений головного мозга. Под органическими причинами в психиатрии принято понимать любые нефункциональные (непсихогенные) причины, непосредственно воздействующие на головной мозг человека. К ним относятся черепно-мозговые травмы, сосудистые и инфекционные заболевания головного мозга, опухоли, а также интоксикации.

К **психогенному** типу психического реагирования относят психические реакции, состояния и развития, причины которых кроются в психотравмирующем влиянии. Любое событие, конфликт, фрустрация или жизненная ситуация могут вызывать расстройство, относимое к психогенному типу.

Под **эндогенным** типом психического реагирования подразумевают психические реакции, состояния и развития, вызванные внутренними (эндогенными), наследственно-конституциональными причинами.

Ниже будут приведены некоторые психопатологические синдромы, имеющие достаточно оснований для отнесения их к одному из типов психического реагирования. Т. е. перечисленные в табл. 8 синдромы позволительно считать продуктами лишь одного из известных типов.

Таблица 8

Экзогенный	Эндогенный	Психогенный	Личностный
судорожный, психоорганический, амнестический, делириозный, сумеречного расстройства сознания, дереализационный и деперсонализационный, (небредовые)	психического автоматизма, кататонический	псевдодементный	истерический, ипохондрический

Как видно из приведенной таблицы, некоторые психопатологические синдромы не укладываются ни в один из трех традиционно выделяемых типов психического реагирования. Вследствие чего

нами предложено выделять, наряду с экзогенным, психогенным и эндогенным, **личностный** тип психического реагирования. В него, по нашему мнению, следует включать, в первую очередь, истерический и ипохондрический симптомокомплексы, а также некоторые симптомы однозначно социального звучания (например, копролалия, клептомания, пиромания и некоторые иные). Не вызывает сомнений тот факт, что истерический и ипохондрический синдромы не могут быть причинно вызваны эндогенными или экзогенными факторами. Они есть суть социально опосредованного отношения к действительности и собственному месту в обществе. Их можно обозначить, как личностные реакции на социально значимые события или изменения своего статуса. Невозможно себе представить их возникновение по иным механизмам, к примеру, биологическим (что подтверждается их отсутствием при моделировании психических феноменов на животных). Проблематично относить их и к психогенному типу психического реагирования, поскольку принципиальное значение в данном случае имеет не характер психотравмирующего влияния, но личностное отношение к нему. Если сравнить истерический и ипохондрический симптомокомплексы с иными, которые часто ставяться в один ряд с ними (синдром навязчивостей, фобический, депрессивный), то несомненны разительные их отличия. Синдром навязчивостей, фобический или депрессивный синдромы могут возникать как по личностным, так и по иным механизмам (экзогенному, эндогенному, психогенному). Истерический и ипохондрический синдромы никак не способны формироваться вне личностного типа реагирования.

Спорным представляется отнесение симптома копролалии (насильственного и непризвольного произнесения бранных слов) к экзогенному типу реагирования на основании включения его в качестве существенного и патогномоничного симптома синдрома Жиля де ля Туретта, который заключается в рамки экзогенного типа психического реагирования. Теоретически возможно представить возникновение насильственных движений мышц, формирующих речь, и обосновать с нейрофизиологических позиций. Однако объяснить почему насильственно произносимые слова носят нецензурный характер (определенную смысловую нагрузку) нейрофизиологическими механизмами не правомерно. Морально-нравственные критерии, коррекция собственного поведения

и направление его в этически поощряемое русло зависит только от личностных свойств.

Дефект-выздоровление-хронификация

Принцип-альтернатива «дефект-выздоровление-хронификация» дает возможность оценивать в зависимости от особенностей клинической картины психического заболевания состояния, возникающие после исчезновения явных психопатологических нарушений.

Дефектом в психиатрии принято обозначать продолжительное и необратимое нарушение любой психической функции (например, «когнитивный дефект»), общего развития психических способностей («умственный дефект») или характерного образа мышления, ощущения и поведения, составляющего отдельную личность. Дефект в таком контексте может быть врожденным или приобретенным.

Однако, как правило, термин «дефект» в настоящее время в психиатрической науке и практике употребляется по отношению к приобретенным психическим расстройствам и обусловлен перенесенным психическим заболеванием. К примеру, «шизофреническим дефектом» называются стойкие состояния, включающие негативные психопатологические симптомокомплексы, возникшие после исчезновения острых психотических проявлений.

Наиболее существенной характеристикой дефекта выступают именно негативные расстройства, поскольку в резидуальном периоде психоза или иных психических расстройств возможно появление продуктивных психопатологических феноменов, например, психопатизации, и тогда состояние будет обозначаться не дефектом, а изменениями личности. Справедливости ради, следует указать, что подобное разделение до настоящего времени не нашло своего места и всестороннего анализа в психиатрии.

Противоположностью дефекта выступает **выздоровление**, т.е. полное восстановление утраченных на время психического заболевания психологических функций или **хронификация** психических расстройств, когда в клинической картине болезни продолжают преобладать продуктивные (позитивные) психопатологические симптомы и синдромы.

Принципы-альтернативы «адаптация-дезадаптация» и «компенсация-декомпенсация» дают возможность рассматривать психические расстройства в связи с их влиянием на социально-психологические функции. Они позволяют оценивать степень совладания с имеющимися нарушениями, что позволяет определять тактику психиатрического воздействия и выбор методов терапии и профилактики.

Адаптация — это процесс приспособления организма или личности к изменяющимся условиям и требованиям окружающей среды.

Компенсация — состояние полного или частичного возмещения (замещения) нарушенных в связи с болезнью психических функций.

Два приведенных параметра близки по сути, но имеют некоторые отличительные черты. Так, *при адаптации происходит как бы* «смирение» с новым болезненным статусом, приспособление к нему, выработка положительного отношения к имеющимся расстройствам, «мирное сосуществование» с психопатологическими симптомами. При компенсации происходит замещение утраченных психических функций иными приемлимыми для личности и организма, т.е. не смирение (как при адаптации), а активное преодоление.

В психиатрической практике адаптация выглядит так: пациент нормально работает, проживает в семье, считается окружающими «психически нормальным», однако при этом он может испытывать на себе воздействие галлюцинаторных образов, к которым у него есть критика, и которые не сказываются на его поведении, что нередко наблюдается при синдроме вербального галлюциноза. При компенсации человек, к примеру, с олигофренией замещает «умственный дефект» тем, что трудится на доступном его пониманию и освоению производственном процессе или занимается еще чем-нибудь, что ему удается. При психопатии компенсация может быть достигнута при выборе сферы деятельности, в которой базовые черты характера человека задействованы в полной мере (к примеру, работа эпилептоидного психопата бухгалтером).

Альтернативное деление психопатологических симптомов на негативные и позитивные, принятое в психиатрии, позволяет в дальнейшем оценивать наблюдаемое состояние как активный болезненный процесс, хронификацию заболевания или как устойчивые и не склонные в дальнейшем изменяться дефект и изменение личности.

К *позитивным* (продуктивным, плюс) симптомам в психиатрии причисляют те психопатологические проявления, которые являются болезненной «надстройкой» над здоровыми психологическими свойствами. Патологические симптомы и синдромы как бы «плюсуются», прибавляются к тому, что у человека уже существует.

Негативные (дефицитарные, минус) симптомы — это психопатологические феномены, соответствующие выпадению тех или иных психических процессов. В данном случае к здоровым проявления психической деятельности не добавляется ничего нового, а лишь устраняется, удаляется то, что было человеку присуще до болезни. По-другому эти симптомы называют симптомами «обкрадывания» — болезнь крадет нормальные функции.

Если к позитивным можно отнести большинство известных и ярких психопатологических симптомокомплексов, то негативные расстройства представлены лишь несколькими, менее яркими по сравнению с позитивными симптомами и синдромами. К последним относятся аутизм, апатия, абулия, амнестические расстройства, деменция, изменения личности и некоторые другие.

Таким образом, вышеприведенные законы и принципы позволяют утверждать, что диагностический процесс в психиатрии строится не на субъективной основе, когда считается, что «каждого человека можно признать душевнобольным, просто нужно его привести на прием к психиатру», а базируется на строго объективных научных критериях, позволяющих при их корректном, умелом и честном использовании познать истину.

Как недостатки есть продолжение наших достоинств, так и психопатология (ее содержательная сторона) есть продолжение нашего мировоззрения.

История психиатрии и сегодняшнее положение в ней позволяют выделить как минимум две проблемы клинической психиатрии:

1) психиатрия на протяжении всей своей истории отказывалась от индивидуально-психологического в пользу всеобщего, что особенно ярко прослеживается на примере психозов;
2) признавая определенную роль социального фактора в развитии психотических нарушений, психиатрия, в большей степени отечественная, до сих пор не создала учения о социобиологической причинности психических заболеваний и продолжает основываться лишь на биологических основаниях.

Вот лишь несколько отнюдь не риторических вопросов в связи с выдвинутыми тезисами и попытка осмыслить проблему: по какой причине ортодоксальной психиатрией продолжает отвергаться принцип сочетаемости психических заболеваний психотического круга и непсихотического (к примеру, шизофрении и неврозов)? Почему «патогномоничные критерии» (например, динамика симптоматики в рамках параноидной шизофрении) не часто представлены в клинической картине? Что способствует тому, что у одного больного заболевание проявляется одними симптомами, а у другого то же заболевание протекает с иными расстройствами (например, бред Котара или парафрения при шизофрении).

Попытаемся наметить ответы на эти каверзные вопросы. Когда любая психическая реакция человека, страдающего шизофренией — депрессия на смерть близкого — расценивается специалистом как рецидив основного заболевания, возникает убеждение, что пациенту в угоду клинической схеме отказывается в индивидуально-психологической специфичности. Наука, руководствуясь биологическим детерминизмом, как следствие ограничивает терапевтическую деятельность. Ведь биологическая причина требует биологического лечения. Использование психотерапевтической (то есть в некотором смысле социальной) коррекции и реабилитации при психозах на практике игнорируется в силу терапевтической ри-

гидности и зашоренности терапевта. Результат — снижение эффективности лечения.

Отечественная клиническая психиатрия по праву гордится достижениями в понимании нозологической специфичности динамики психотических расстройств, в частности при шизофрении. Классический пример — типичная для параноидной шизофрении трансформация клиники по следующей схеме: паранойяльный-параноидный-парафренный этапы. Однако, известно, что возможна и достаточно часта стабилизация симптоматики на одном из перечисленных этапов. Подразумевается, что ответственен за подобную динамику, а значит и за ее отсутствие биологический фактор, вызвавший заболевание. Но этот факт противоречит основополагающему крепелиновскому нозологическому принципу, исповедуемому отечественной школой. Следовательно, можно предположить два варианта трактовки клинической реальности: либо психопатологические феномены, имеющие различную динамику, относятся к разным нозологическим формам (что, кстати, предполагается сделать в отношении «вялотекущей шизофрении»); либо социальные и индивидуально-психологические факторы ответственны за динамику психических расстройств не меньше, чем биологические. И первый, и второй варианты ответов имеют право на существование. Остановимся на втором, поскольку идея «шизофренического спектра заболеваний» достаточно известна.

Интерес представляет анализ влияния этно-культуральных стереотипов мышления на психопатологическую динамику. Психологом В.И.Лебедевым (1975) была описана возможность становления синдрома психического автоматизма в экспериментальных условиях изоляции человека, сходного с формированием синдрома Кандинского-Клерамбо при шизофрении. Как объяснить подобный факт? Видимо, размышления человека в особых условиях (в состоянии тревоги, страха или паники, связанном с биологическим фактором, обусловленным угрозой или гнетущей неопределенностью — не в этом суть) следуют в русле традиционалистской этно-культуральной логики и приводят к убеждению правоты своих прежних представлений о жизни и людях и «параличу их воли». Это происходит по аналогии с известным фактом трансформации «свободно плавающей тревоги»

Дж.Вольпе. Последняя всегда стремится найти опору, интеллектуальную интерпретацию и обязательно находит ее во вне.

Еще один пример. Можно высказать предположение, что парафренный синдром, наряду с аффективной базой, основывается на индивидуально-психологических предположениях типа: «Раз за мной следят — значит я особый человек и нахожусь в привилегированном положении». В рамках параноидного синдрома эта логика меняет свой знак на противоположный: «Раз за мной следят — значит, считают преступником и хотят убить». Говорить лишь об аффективной платформе для формирования взаимоисключающих «логик» было бы неправомерно. Думается в подобный механизм вмешивается средовой фактор.

В свете вышесказанного понятие «шизофреногенная мать», широкораспространенная в западной психиатрической науке, приобретает особую трактовку. В нашем понимании «шизофреногенная мать» задает ребенку стиль осмысления действительности, вкладывает в его ум патогенные шаблоны жизненной логики, которые в дальнейшем легко трансформируются из убеждений в бред под воздействием эндо-, экзо- или психогенных моментов.

Кроме индивидуально-психологического фактора на процесс динамики параноидного синдрома способен оказывать влияние психиатрически-средовой фактор — врачебный принцип «опережающе-провоцирующей» диагностики (Врач: «Не испытываете ли Вы на себе чьего-либо воздействия?» Пациент: «Нет... Пока нет... Как-будто бы нет... Трудно сказать... Вроде бы иногда... Да...»). Подобный способ синдромогенеза не обязательно должен провоцироваться врачом-психиатром. Вокруг пациента, попавшего в психиатрическую клинику на ранних этапах болезни, множество невольных «щизофреногенных» доброжелателей. Шизофренизацией мышления можно назвать и тиражирование в прессе и обществе суеверий, антинаучных домыслов типа демонизма, колдовства, экстрасенсорики.

Из вышесказанной точки зрения на синдромогенез параноидных феноменов не следует, что автор отвергает эндогенную природу шизофрении. Речь идет лишь об анализе синдромального предпочтения, которое, по нашему мнению, далеко не всегда базируется на внутренних патофизиологических процессах.

С большой долей уверенности можно констатировать, что эндогенные биологические факторы посредством аффектов неспособ-

ны определять глубину и специфичность «интеллектуализированных» психопатологических синдромов. Ясно, что не глубина депрессии определяет появление в клинической картине заболевания идей самообвинения или нигилистического бреда Котара. В этих случаях следует думать об иных закономерностях. Можно предполагать, что оформление психопатологических синдромов параноидного спектра базируется не на биологических основах, но на индивидуально-психологических (системе жизненных ценностей) и морально-нравственных критериях человека. Предварительная схема разноуровневости параноидных феноменов могла бы выглядеть следующим образом:

Таблица 9

Уровень ценностей		Форма параноидного синдрома
1	Общечеловеческий	нигилистический, мегаломанический, психического автоматизма, «чужих родителей», одержимости
2	Личностный	ревности, преследования, величия, эротический, сутяжничества, кверулянтства, изобретательства
3	Организменный	физического ущерба, дисморфоманический, ипохондрический
4	Бытовой	материального ущерба

Предлагаемая схема разноуровневости предпочтений параноидных феноменов может быть косвенно подтверждена многочисленными фактами выявления в преморбиде психотических больных личностных аномалий (например, черт ригидности аффекта и «склонности к образованию сверхценных идей» в преморбиде пациентов с инволюционными психозами).

Для того чтобы объяснить наличие изложенных теоретических проблем, надо отказаться от принципа самодостаточности науки и встать на другую точку зрения. Надо включить научное знание в более широкую схему, в которой стали бы ясны функции знания. Для этого подходящим следует признать следующее определение: «Знание — сокращенная путем обобщения и типизации и свернутая для целей передачи новым поколениям запись видов социаль-

но-необходимой деятельности» (Петров М.К., 1991). Знание служит включению индивидов в социально-необходимую деятельность, то есть включению в схему: знание-индивид-деятельность. Говоря другими словами, знание служит трансляции деятельности от поколения к поколению. Наука же есть институт, вырабатывающий знания. Но для того, чтобы быть способным передавать деятельность, знание должно быть лишено всего личностного, уникального, присущего только лишь данному субъекту деятельности. Знание вырабатывается исследователем, который ищет «за частным общее и устойчивое, отбрасывая все случайное, уникальное, отклоняющееся, краткоживущее как несущественное, а затем уже из этого общего и устойчивого складывает целостную картину, которая по его мнению, представляет предмет изучения »как он есть». «Жертвой такого подхода оказывается и человек в его конечных определениях как монопольный, смертный и недолговечный субъект социального познания. Он автоматически выпадает из результатов исследования».

Таким образом, отказ от всеобщего в пользу индивидуально-психологического означал бы отказ от самых базовых принципов научного знания. А это означало бы разрыв каналов трансляции деятельности. Но психиатрия — особая область знания. С одной стороны, она имеет дело с закономерностями психического развития и закономерностями девиантного поведения и существования, формирующимися на биологической основе, с другой, психиатрия вмешивается в сугубо специфичное и уникальное образование — индивидуальность, становление которой есть социальный процесс. Учитывая эти сложности, а также многолетнюю борьбу между «биологистами» и «психологистами», Ясперс пришел к решению поделить сам объект психиатрии на две области. В отношении одной должен был бы действовать классический научный подход, и это сфера «болезненных процессов», а в другой действовали бы законы психологии личности. «К явлениям первого рода, — писал Ясперс, — мы подходим с логическими критериями объяснения, объективного обнаружения связи, зависимости, то есть по чисто натуралистическому принципу причинности. Так мы подходим, например, к симптомам белой горячки и прогрессивного паралича. Совершенно иначе мы относимся к явлениям второго рода, к фазам: здесь сочетание симптомов является для нас понятным, как, например, при истерии, при реактивной де-

прессии, даже при некоторых случаях паранойи» (Ю. Каннабих, 1929).

Это решение Ясперса во многом сдвинуло давние споры о методологии в психиатрии. И до сегодняшнего дня мы пользуемся делением на «большую» и «малую» психиатрию. Все собственно психологические концепции разворачиваются на ниве «малой» психиатрии, в которой заболевание рассматривается в рамках патологических характеров. Что касается отечественной психиатрии, то здесь нозологический принцип был провозглашен одинаково применимым в обеих областях.

Из вышеприведенных факторов напрашивается вывод: психиатрия-практика так же, как и теория, поделена на две части: область «большой» психиатрии, где деятельность и трансляция ее налажены как социальный институт и область «малой» психиатрии», где такого института нет, а потому существует множество различных психопрактик.

В чем же социальный смысл деятельности в клинической психиатрии? «Центральными идеями лечебной системы Пинеля являются изоляция, покой и мягкое обращение, наконец строго индивидуализированный труд. Пусть природа проявит свое спасительное действие: для этого "не нужно насиловать и торопиться"». Итак, натуралистический взгляд на болезнь порождает подобный подход к ее лечению: природа должна сделать все сама. В чем же функция психиатра? Психиатр изолирует человека в социальном смысле. Конечно, было прогрессивным шагом, что право изолировать людей от общества из-за их душевной болезни было отнято у церкви наукой. Ведь церковь не строила объективных критериев для изоляции, а поэтому в разряд «носителей Дьявола» мог попасть любой. В отличие от «большой» психиатрии подход в «малой» строится на иных принципах. В этих случаях госпитализация не требуется, а лечение можно проводить и не отрывая человека от его привычного окружения. Здесь психиатр свободен от ответственности перед обществом на предмет изоляции душевнобольного. На враче, ставящем «большой» психиатрический диагноз лежит ответственность перед обществом. Теоретическое давление общего над индивидуально-психологическим на практике оборачивается роботизированным трудом врача в «большой» психиатрии. К тому же, обследуя человека, он ставит не только биологический, но и социальный диагноз. Именно поэ-

тому в клинической психиатрии образовалась и существует негласная, вторая этика в виде так называемых реабилитационных диагнозов. И здесь мы подходим к следующему принципиальному вопросу: почему в «большой» психиатрии не разработано учение о социальной причинности, а в лечении продолжает фактически господствовать взгляд Пинеля о Природе как главном лекаре. Почему по-настоящему не разработаны принципы деятельности по социальной реабилитации психически больных. Ведь реабилитационная система не создана именно в качестве такого социального института, каковым стала психиатрическая больница со времени ее возникновения, с определенными социальными функциями и ролью. Подводя итоги, можно констатировать, что психиатрия нуждается сегодня в кардинальном пересмотре многих теоретических постулатов, ожидает формирования нового психиатрического мышления, которое позволило бы соединить общие принципы патогенеза психических болезней с индивидуально-психологическими особенностями человека.

В качестве примера сложного диагностического случая может служить психическое состояние пациентки Г. Клиническое наблюдение, которое будет описано ниже, привлекло наше внимание по двум причинам. С одной стороны, по внешним проявлениям случай психического расстройства больной Г. можно считать конгруэнтным обыденным переживаниям и представлениям о "неумирающей душе" и "жизни после смерти" психически здоровых лиц, у которых погибают близкие люди. Т.е. можно отметить диагностическую альтернативу болезнь-личность. С другой стороны, клиническое наблюдение представляет собой уникальный, малоизученный и практически неописанный психопатологический феномен — параноидный синдром с альтруистической направленностью бредовых переживаний. Кроме того, интерес представляет и тот факт, что атипичность проявлений психического расстройства, возникновение его в позднем возрасте и некоторые другие параметры существенно затрудняют построение диагностического процесса.

Больная Г., 59 лет, пенсионер. Обратилась в городской психоневрологический диспансер в ноябре 1995 года по собственной инициативе для того, чтобы "получить возможность встретиться с мужем-сожителем", который умер за девять месяцев до обращения пациентки к психиатрам. Свое желание увидеться с мужем в психиатрической лечебнице и уверенность в том, что он жив она обосновывала тем фактом, что "муж страдал душевным заболеванием, был инвалиом II группы и

неоднократно лечился в данной больнице". При поступлении у пациентки жалоб на состояние здоровья не отмечалось.

Из анамнеза. Родилась в г.Казани в 1936 году в семье рабочих первым по счету ребенком из четырех детей. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В детстве развитие без особенностей. Закончила восемь классов общеобразовательной школы, училась посредственно. После окончания школы закончила кооперативный техникум по специальности бухгалтер. Работала в Башкирии 2 года. Затем вернулась в Казань.

Стала работать в "Татсоюзе" кассиром, сочетая работу с учебой на вечернем отделении экономического факультета в Казанском финансово-экономическом институте. В 1958 году в возрасте 22 лет вышла замуж и уехала в Приморский край по месту жительства мужа ("в то время муж служил моряком"). Продолжала в течение 4 лет учебу в институте, перейдя на заочное отделение. Детей (сыновей) родила в 1959 году (в возрасте 33 лет) и в 1962 году (в возрасте 36 лет). В 1964 году вернулась в Казань, тогда же закончив обучение в институте. После окончания института работала бухгалтером в течение пяти лет - сначала на листопрокатном, затем на военном заводе. После этого работала в нескольких местах: инженером в одном из Министерств, в НИИ. Mensis с 15 лет, климакс с 50 лет, наблюдались тяжелые "приливы" с обильным потоотделением и сопровождавшиеся раздражительностью. В 1982 году от сердечной недостаточности умер муж. В 1991 году вышла на пенсию по возрасту.

В связи с тяжелым материальным положением с 1992 года стала подрабатывать дворником. Перенесенные заболевания: корь, грипп, простудные заболевания. В настоящее время практически не болеет, что связывает с тем, что год (с 1992 по 1993) активно занималась оздоровлением по системе П.И.Иванова. Проживает в коммунальной квартире в соседней комнате с сыном. С 1988 по 1994 год состояла в гражданском браке с соседом по коммунальной квартире, инвалидом П группы по психическому заболеванию.

Анамнез болезни (со слов пациентки). Состояние, которое пациентка не считает болезненным, а относит скорее к "удивительным и непонятным" возникло в ноябре 1994 года после смерти (суицид — повешение) сожителя. Все годы совместного проживания Г. внимательно ухаживала за ним, помогала во всем, готовила еду, убиралась в его комнате ("это была настоящая любовь, я и сейчас продолжаю его любить"). К болезненным высказываниям сожителя, его страхам относилась спокойно, с пониманием того, что он больной человек. Посещала его в психиатрической больнице, постоянно участвовала в его судьбе. Была убеждена, что он "был жизнерадостным", никогда не высказывал мыслей о самоубийстве, "осторожно переходил улицу" и призывал к этому окружающих, "вел себя как человек, который хочет жить". Знала, что у него ранее была подруга, которая приходила в их квартиру и после того, как они "разошлись". Незадолго до самоубийства на этой почве произошла ссора, во время которой Эдик (сожитель) грубо обошелся с прежней подругой, вытолкал ее из своей комнаты. После этого случая прежняя подруга говорила Г. о том, что за грубое поведение по отношению к ней Эдика собирается заявить на него в милицию. Впоследствии со слов сестры Г. узнала, что Эдик был последние дни перед самоубийством обеспокоен этим фактом, однако сама она ничего не замечала.

Самоубийство сожителя оказалось для Г. неожиданным. События развивались следующим образом. После совместной прогулки в предобеденное время Г. легла

спать, а Эдик остался один в своей комнате и решил растопить печь. Когда через четыре часа Г. проснулась, то обнаружила, что дверь сожителя закрыта изнутри на ключ. На зов и стук из-за двери никто не откликался, при этом слышала шум горящей печи. Возникла мысль о том, что может случиться пожар и подумала не следует ли вызвать пожарных. Была взволнована. Позвав соседей, вместе с ними взломала дверь и увидела, что Эдик сидел на стуле, шарфом за шею подвешенный к крюку на потолке. "Близко к нему не подходила, поскольку ноги подкосились". Долго не могла придти в себя, ушла к себе в комнату, пока соседи вызывали "скорую помощь". Врачи констатировали смерть и отвезли труп в морг.

Впоследствии нередко возвращалась в мыслях к словам, сказанным соседом ("не может быть, не может быть"), истолковывая их как подтверждение собственных размышлений об отсутствии причин для самоубийства. Самостоятельно в тот же день отправила сестре сожителя телеграмму о его смерти. Два дня после этого события "очень горевала, настроение было плохим, но не могла плакать". Через два дня вместе с родственниками и сестрой умершего поехала в морг за телом погибшего. В помещение морга было позволено войти только сестре, которая вышла оттуда без вещей брата, сославшись на то, что не взяла их по причине изношенности и ненужности. В соответствии с традицией покойник был завернут в саван и окружающие не видели лица умершего. Во время похорон Г. чувствовала себя плохо, настроение было "подавленным".

Через некоторое время после смерти сожителя и похорон у Г. "появилось ощущение", что он не умер, а остался жив. Объясиила это тем, что после вскрытия трупа в морге родственникам не отдали его одежду, а когда его хоронили, то "лицо все время в соответствии с мусульманским обычаем было закрыто" и Г. не видела его лица. Говорила об этом родственникам и знакомым, которые соглашались с ней, имея в виду, что "душа конечно же осталась живой". Однажды по просьбе сестры умершего относила в мечеть религиозные книги, которые оставались в комнате умершего. В мечети почувствовала некоторое облегчение, появилось спокойствие, которого не чувствовала все дни после смерти близкого. Решила записаться на курсы по изучению арабского языка ("для того чтобы читать священные книги"). Проходила на курсы недолго, что было обусловлено снижением интереса и слабым знанием ею татарского языка. После смерти сожителя стала увлекаться гаданиями, постоянно читала астрологические прогнозы, интересовалась гороскопами. Узнала, что она с Эдиком по гороскопу "водолеи" и в соответствии с предсказаниями им не следует "упустить свой шанс".

Спустя четыре месяца после похорон, в течение которых была убеждена, что Эдик жив, случайно встретила его на улице. "Он прошел мимо меня в сопровождении двух женщин, не заметив"). Дело происходило вечером, но, по словам больной, при ярком освещении. Вначале была удивлена случившимся, но "взяв себя в руки" решила проследить, куда он направится. Шла за ним по улице, оставаясь незамеченной, и увидела, что он зашел в один из неизвестных Г. домов. Подождав некоторое время его возвращения, ушла домой. Отметила, что хотела зайти в дом и встретиться с мужем, однако "люди, проживающие в этом доме не подпустили к нему", а один из них назвал ее аферисткой. Постаралась запомнить номер дома, в котором скрылся муж. Поведение мужа и происшедшее с ней никак не объясняла, радуясь тому, что подтвердились ее догадки о том, что он жив.

Через два дня вновь увидела мужа. На этот раз встретила его около библиотеки в том момент, когда он туда заходил. Попыталась зайти вслед за мужем, однако

на своем пути встретила сослуживца Николая (дворника, работающего в районе библиотеки), который "забрал" ее мысли, что отвлекло ее и "не позволило войти в библиотеку". Через 2-3 дня, слушая по радио песни, Г. поняла, что песни о ней и о сожителе. Объяснила это тем, что в песне говорилось о том, что, если бы он услышал сплетни, то не поверил бы, но видел все собственными глазами.

Еще несколько раз "слышала песни" про себя и про сожителя по радио и телевидению. Однажды на рынке "нашла рубашку Эдика, которую в свое время штопала", а как-то раз услышала оклик по имени. Была убеждена, что ее окликал сожитель.

Как-то раз услышала по радио программу, которую вел психолог. Посчитала, что его выступление касалось ее и Эдика. Решила, что "стоит съездить в Москву к психологу, который выступал по радио" и узнать от него ("может быть ему сообщают"), почему они с сожителем не могут встретиться.

В течение года до обращения к психиатрам Г. "встречала Эдика на улице" около десяти раз, но постоянно какие-то "объективные ситуации" или препятствия не давали ей возможности с ним встретиться ("сколько раз мы с ним виделись, но поговорить так и не удается, остается только надеяться на новую встречу"). Предполагает, что Эдик не подходит к ней потому, что "мог обидеться за то, что однажды отвернулась от него и спряталась за дерево", когда он направлялся к ней.

Анамнез (со слов сестры и сына). Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Г. по характера с детства сдержанная, спокойная ("никогда не видела, чтобы она плакала", - сказала о ней сестра). В течение всей жизни практически не имела подруг, с которыми делилась бы тайнами и переживаниями. За последнее время Г. стала плаксивой, у нее снизилось настроение. Больная проживает с разведенным сыном в коммунальной квартире. Отношения в семье хорошие, и даже с бывшей невесткой отношения ровные. Периодически та приводит с Г. внучку. Увлекается чтением, склонна покупать книги различной тематики и иметь их дома. Несмотря на это, со слов сестры, назвать Г. начитанной нельзя. В конце 1994 года стала увлекаться религией. Впервые пошла в мечеть, стала заниматься на курсах арабского языка. Учеба давалась с трудом, т.к. Г. плохо знает татарский язык. В ноябре 1994 года через три месяца после смерти "друга" стала высказывать родственникам мысль о том, что Эдик жив. Считала, что он проживает по другому адресу, доказывая это тем, что несколько раз "видела его на улице". На вопросы родственников, почему она ни разу не могла догнать его на улице, хотя он проходил рядом с ней, отвечала по-разному: "голова не сообразила", "да я стояла за деревом, он меня не видел". Аргументы сестры о том, что Эдик мертв парирует доводами о том, что "он жив, поскольку не видела его лица во время похорон ведь хоронили его не из дома, а из морга". Считает, что ему надо помочь, т.к. "состояние его тяжелое, телохранители держат его, подневольного взаперти". Сын считает мать "нереальной". Отмечает, что она никогда не понимала шуток, не имела чувства юмора, а анекдоты считала глупостью. После смерти сожителя увлеклась религией, иногда читала намаз, "увлеклась черной и белой магией", стала верить в "чудеса и превращения", стала постоянно заниматься гаданием на картах, увлеченно читать гороскопы. Отмечает, что в последнее время "сильно сдала физически".

Психический статус. Нахождением в дневном стационаре психоневрологического диспансера стала тяготиться через месяц после поступления, когда "стало ясно", что врачи помочь ей с поиском сожителя не смогут. Однако аккуратно при-

нимала назначенные лекарственные препараты и процедуры. Внешне опрятна, следит за прической и одеждой. В общении активна, эмоциональна. При разговоре о "любимом" нередко плачет, объясняя это тем, что не может понять, почему они не могут встретиться. В процессе беседы нередко забывает слова, путает их.

При уточнении дат (например, даты выхода на пенсию) долго думает, подсчитывает в уме, объясняя вслух последовательность арифметических действий — "я вышла на пенсию в 55 лет, какой же это был год? Нужно от 1936 отнять 55..." При этом смущенно улыбается. В месте, времени и собственной личности ориентируется правильно. Память на текущие события сохранена. Беседу о своем "любимом" ведет активно, однако считает излишним приводить какие-либо доказательства своей правоты. При этом редко обращается к врачу с вопросами о правильности своих размышлений, не требует подтверждения своих слов. Убежденность в том, что сожитель жив основывается в первую очередь на том, что она его видела. Вопросы об этом вызывают у Г. удиаление и недоумение. При обсуждении того, почему сожитель скрывается, не подходит к ней, или кому и для чего нужно было, чтобы похоронили другого человека, больная зачастую уходит в частные рассуждения, не отвечая на поставленные вопросы. Нередко при этом делает удивленное лицо, бормоча, что сама не поймет, что происходит. Многие факты исключает из анализа (например, совершенно не обсуждает вопроса, кого могли похоронить вместо сожителя). Стройной системы, отражающей понимание сложившейся ситуации, обнаружить в высказываниях больной не удается. Приведение врачом в качестве версий возможных причин происходящего ставит пациентку в тупик. Она не развивает ни одиой идеи. Например, предположение врача о том, что "может быть кто-то специально сделал это" оставляет без комментария, каждый раз увлекаясь рассказом о том, где и когда в последиий раз видела Эдика. Попытка определить ее поиимание замысла "тех, кто может этим заииматься" натыкается всякий раз на высказываиия типа: "Сама ие поиимаю, почему нам мешают соединиться; ума не приложу, кому это надо". Вопрос же о том, "кто именно мешает соединиться с Эдиком" оставляет без ответа и развития. Иногда под определенным давлением собеседника неожиданио высказывает разнообразиые, отрывочные идеи, из которых можно сделать предположеиие о том, что: 1) существует кто-то, кто специально передает по радио песни, сообщая Г. о том, что Эдик жив; 2) сожитель инсценировал собственную смерть и пр. Ни одну из идей не развивает. На прямые вопросы об этом не отвечает. Либо отказываясь от высказанного предположения, либо переходя к другой теме. Удается однако выявить, что все происходящее не носит для пациентки угрожающего характера, как, впрочем и положительного ("я рада, что хотя бы Эдик жив, но конечно же хотелось бы хоть разок его увидеть"). На вопрос о желаемом результате сообщает, что "желала бы, чтобы мы как прежде были вместе, ведь я его так люблю". С утверждениями врача о том, что оиа может ошибаться в том, что рубашка, которую она нашла на рынке могла быть не Эдика, не спорит, на время и вполне искренне соглашаясь с ним. Одиако, через какое-то время вновь приводит обсужденные факты в качестве примера-доказательства. При анализе и уточнении смысла, который Г. вкладывает в иекоторые высказывания (иапример, "он отнял мои мысли") часто ссылается на то, что так понимает, не видя в своих высказываниях иесуразиости или необычиости. При этом легко соглашается с иной интерпретацией (например с такой — "может быть Вы имели ввиду, что проходивший человек не отнял Ваши мысли, а Вы просто "запамятовали" о том, что собирались

войти в библиотеку"). В процессе беседы астенизируется, утомляется, нередко плачет, вспоминая о сожителе. Волнуясь реагирует на входящих в кабинет, в котором ведется беседа ("я подумала, а вдруг Эдик сейчас войдет"). Несмотря на усталость, о своих переживаниях может говорить долго. Отрицает у себя головные боли, головокружения и иные соматические расстройства. Терапия (терален, галоперидол) в течение месяца никаких изменений психического состояния не вызвала.

Патопсихологическое исследование. Понимание инструкций достаточное, темп работы средний. Проба Поппельрейтера: 2 из 3. Таблицы Шульте: 62-82-80-65-120 сек. Запоминание 10 слов: 6-6-10-9-7. Пиктограмма: 4 из 16 слов, интенсивный нажим, умеренная органическая графика, символические образы, тенденции к стереотипии. Ассоциативный эксперимент: нормальная продолжительность латентного периода, 90% многословных эхолалических ответов, поисковые и вопросительные реакции. Тест цветовых выборов Люшера: 1 — 52146037; 2 — 52314607. СМОЛ: 86.

Выявлено: выраженная неустойчивость внимания, сохранность механической памяти, низкоэффективное, символическое, стереотипное мышление с признаками нарушения целенаправленности и логической последовательности, эмоциональная неадекватность, малая предсказуемость поведения, параноидные тенденции, вероятность наличия в прошлом достаточной работоспособности, тревожность.

Нейропсихологическое исследование. По данным опроса и объективных проб у больной установлена праворукость. Больная понимает задаваемые ей вопросы, поддерживает диалог. Речь грамматически правильно сформирована, интонационно окрашена, среднего темпа, плавная. Нечетко выполняет пробы на понимание логико-грамматических структур. Пробы на письмо, чтение, счет, различные виды праксиса, звуковое восприятие, схему тела, ориентировку в символическом пространстве, стереогноз и зрительный гнозис выполнила адекватно. Ориентировка в реальном пространстве нечеткая. Выявлено: элементы семантической афазии, оптико-пространственная агнозия в виде нечеткой топографической ориентировки в реальном пространстве.

Неврологическое исследование. Очаговой неврологической симптоматики не выявляется. Двусторонняя функциональная гиперрефлексия без патологических знаков. Электроэнцефалографическое исследование: ЭЭГ в пределах нормальных вариаций.

Эхоэнцефалографическое исследование: патологии не выявляется.

Компьютерная томография головного мозга: без патологии.

Уникальность приведенного клинического случая заключается в том, что параноидный синдром паранойяльной структуры имеет альтруистическую направленность. При этом в психиатрической литературе имеется указание на тот факт, что бред какой бы он ни был по фабуле облигатно базируется на эгоцентрической основе.

Т.е. в структуре бреда всегда видна затронутость личности, обязательно звучит самость, непременно включаются ущемляются или превозносятся — личные интересы. В случае бреда ревности — "МНЕ

изменяют", при бреде преследования — "МЕНЯ преследуют", при бреде величия — "Я великий", при бреде самообвинения — "МЕНЯ следует винить" и т.д. Именно вследствие этого возникает эмоциональная вовлеченность, страсти — гнев, восторг, паника, ужас и пр. Никогда ни при какой форме бреда не бывает так, чтобы личность оказывалась интактной, когда человек выступает лишь в роли пристрастного или беспристрастного интерпретатора внешних фактов. К.Леонгард выразил эту мысль так: "Параноики не борются за альтруистические цели никогда".

Анализ клинического случая с пациентой Г. позволяет предположить, что у нее из известных форм бреда отмечается лишь бред особого значения. Интерес представляет тот факт, что данная форма бреда у больной преобрела устойчивую и длительную по времени форму, тогда как считается, что бред значения не может быть паранойяльным по структуре, а может лишь включаться в виде эпизодов в процесс синдромообразования иных бредовых синдромов.

Таким образом, приведенный случай представляется редким вариантом параноидного синдрома, который можно обозначить как "альтруистической бред". Изучение психогенеза и нозологической характеристики описанного синдрома достойно специального исследования, однако его клиническая регистрация еще раз обращает нас к проблеме взаимоотношений общего и индивидуально-психологического в психогенезе.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Каннабих Ю. / История психиатрии. М., 1929.

Руткевич А.М. / От Фрейда к Хайдеггеру. М., 1985.

Савенко Ю.С. //Логос. 1992, 1.

Ткаченко А.А. //Логос. 1992, 1.

Челпанов Г.И. / Учебник логики. М., 1994.

ГЛАВА 5

ПСИХОЛОГИЯ БОЛЬНОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧ-БОЛЬНОЙ

В предыдущей главе было отмечено, что до настоящего времени в отечественной психиатрии, стоящей скорее на ортодоксальных позициях, чем на феноменологических, преобладают догмы и табу, определяющие построение теоретических моделей, концепций и теорий и вызывающие соответствующие подходы к терапии, профилактике и реабилитации. Одной из подобных неискорененных на практике догм является широко распространенное представление о малозначимости личностных психологических характеристик для клиники, терапии, прогноза психотических нарушений. По-прежнему любой психический феномен у больного шизофренией рассматривается как обострение основного заболевания, даже если симптоматика появляется в период ремиссии эндогенного процесса и обусловлена психотравмирующими факторами. Особо следует отметить тот факт, что предъявление душевнобольным жалоб на соматическое здоровье зачастую несправедливо трактуется психиатром как психопатологический (к примеру, ипохондрический) феномен и не учитывается при назначении лечения.

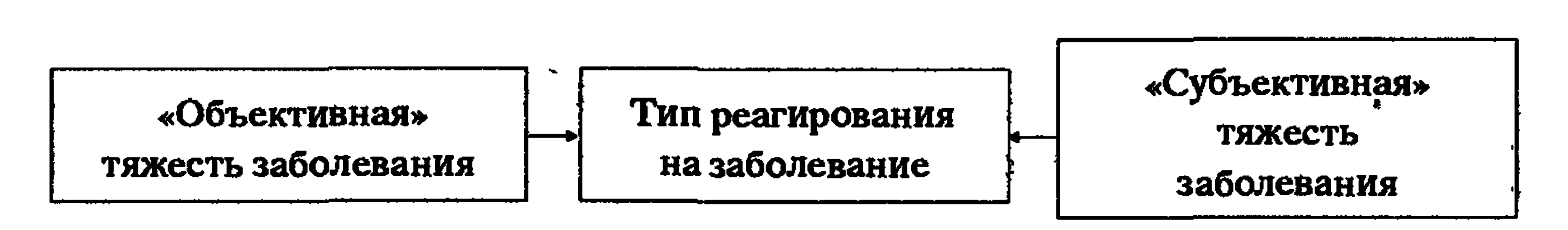
Подобная оценка психопатологических феноменов отражает ортодоксальный подход, при котором доминирует четкая дифференциация психотических и непсихотических расстройств, не разработаны положения о возможности сочетания психических болезней и практически не изучаются личностные (индивидуально-психологические) особенности лиц с психическими заболеваниями психотического уровня. Практика показывает, что данный

подход нельзя считать обоснованным и убедительным. Следовательно, феноменологическая платформа требует уточнения и пересмотра многих традиционных для современной психиатрии теоретических положений.

В данной главе основное внимание уделено описанию психологических типов реагирования на заболевания, факторов, влияющих на выбор одного из типов, а также описаны виды психологической защиты.

Считается, что тип реагирования на заболевание (имеется в виду любое заболевание, соматическое или психическое) связан, в первую очередь, с оценкой пациентом его тяжести. При этом можно говорить о существовании феноменов «объективной тяжести болезни» и «субъективной тяжести болезни» (рисунок 19).

Рисунок 19.



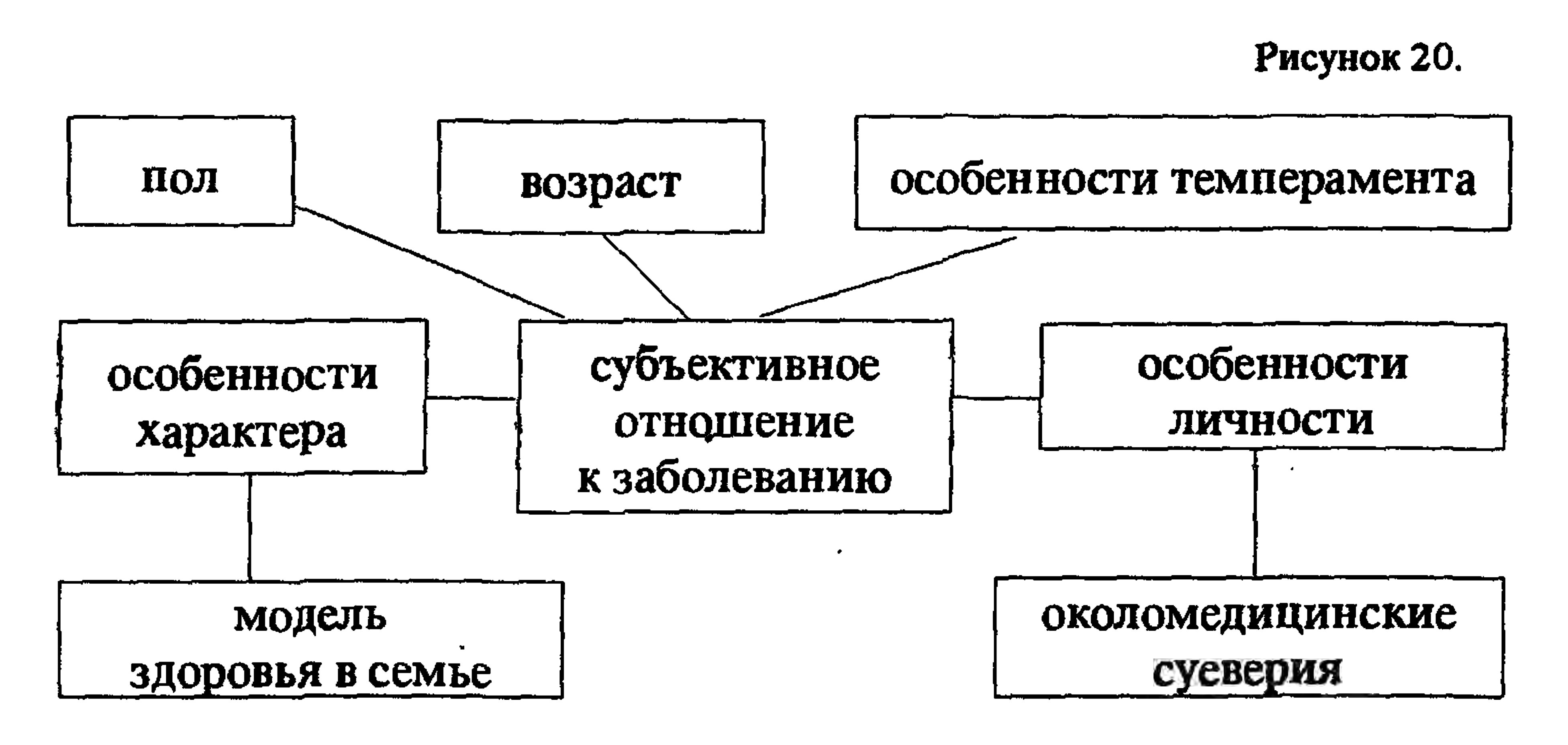
Слова «объективная» и «субъективная» заключены в кавычки поскольку практически невозможно количественно оценить тяжесть заболевания, нельзя составить квантифицированный реестр тяжести болезней. Однако позволительно в рамках этнокультуральных особенностей, уровня развития медицины говорить о том, что некоторые заболевания тяжелее других (к примеру, на основании критерия летальности, вероятности инвалидности и потери трудоспособности). Для терапевта очевидно, что рак тяжелее гастрита, для психиатра несомненно, что шизофрения тяжелее невроза. Следовательно, суицидальное поведение после постановки диагноза онкологического заболевания может быть расценено как адекватное или по крайней мере более адекватное («понятное» в феноменологическом выражении), чем суицид больного вазомоторным ринитом.

В психиатрии принято считать, что заболевания психотического уровня качественно тяжелее, социально опаснее (для самого пациента и для окружения), чем непсихотическое. Впрочем, зададимся вопросами: действительно ли маниакальное состояние

при маниакально-депрессивном психозе тяжелее переживаний больного с контрастными навязчивостями или психотическая (реактивная или эндогенная) депрессия тяжелее невротической депрессии? Понятно, что подходить к оценке параметра адекватности психологического реагирования на заболевание необходимо также с позиций феноменологической, а не ортодоксальной психиатрии.

Более значимым оказывается в этом контексте субъективно оцениваемая пациентом тяжесть болезни. В свою очередь, на выработку субъективного отношения к той или иной болезни оказывают влияние несколько факторов (рисунок 20).

Рисунок 20.



Субъективное отношение к заболеванию называется также «внутренней картиной болезни» (Р.А.Лурия), концепцией болезни, нозогнозией. Суть его заключается в интеллектуальной интерпретации диагноза заболевания, когнитивной оценке его тяжести и прогноза и в формировании на этой основе эмоционального и поведенческого паттерна.

Каждый из приведенных на рисунке факторов, имеет особенности, которые будут приведены ниже.

Пол

Параметр пола человека несомненно оказывает влияние на субъективное отношение к болезни и формирование типа реагирования

на заболевание. К особенностям, имеющим корреляции с полом человека, можно отнести известные факты лучшей переносимости женщинами болевого воздействия, состояний длительной ограниченности движений или обездвиженности. Кроме того, по данным Е. Т. Соколовой (1989) физическая болезнь или увечье значительно меняют субъективную ценность различных частей тела.

С психологической и психиатрической точек зрения самооценка человека и, в особенности, выпестованный групповыми традициями и семейным воспитанием реестр ценностей различных частей собственного тела способны оказываться психотравмирующими факторами при возникновении какого-либо дефекта в «ценном органе». По результатам некоторых психологических экспериментов наиболее «дорогостоящими» оказались нога, глаз и рука. При этом психически больные субъекты «дешевле» оценивали тело, чем нормальные испытуемые, а женщины — «дешевле», чем мужчины. В другом исследовании около 1000 мужчин и 1000 женщин должны были расквалифицировать в соответствии с их значимостью 12 частей тела. Мужчины оценили половой член, яички и язык как наиболее важные. Эта оценка не зависела от возраста, лишь у старых людей несколько снижалась оценка половых органов. У женщин оценки оказались менее определенными, лишь у тех, кому было за 70, язык стабильно оказывался на первом месте (S. Wienstein). Кроме того было отмечено, что ценность отдельных телесных качеств может изменяться под влиянием общественных процессов. Так, у японок во время второй мировой войны в образе тела полностью обесценилась грудь, а идеальной считалась плоская грудная клетка (женщины носили мужскую военную форму). Однако после войны под влиянием западной культуры образ тела радикально изменился, и в 50-х годах японские женщины стремились иметь грудь «голливудских» размеров.

Возраст

Возрастные особенности человека также существенны при формировании субъективного отношения к болезни и становления определенного типа реагирования на нее. Известно, что для каждой возрастной группы существует свой реестр тяжести заболеваний — своеобразное распределение болезней по социально-психологической значимости и тяжести.

Для детей, подростков и молодежи наиболее тяжелыми в психологическом отношении оказываются болезни, которые изменяют внешний вид человека, делают его непривлекательным. Связано это с системой ценностей, расстановкой приоритетов, имеющихся у молодого человека, для которого наивысшую ценность приобретает удовлетворение основополагающей потребности — «удовлетворенность собственной внешностью». Таким образом, наиболее тяжелые психологические реакции могут вызывать болезни, не носящие с медицинской точки зрения угрозы для жизни. К ним относятся любые болезни, негативно, с точки зрения подростка, изменяющие внешность, калечащие травмы и операции. Например, ни в каком другом возрасте столь тяжело психологически не будет реагировать человек на появление у него на коже лица фурункулов.

Лица зрелого возраста более психологически тяжело будут реагировать на хронические и инвалидизирующие заболевания. Это связано также с системой ценностей, и отражает устремленность человека зрелого возраста удовлетворять такие социальные потребности, как потребность в благополучии, благосостоянии, независимости, самостоятельности и пр. Именно удовлетворение подобных потребностей может быть заблокировано вследствие любой хронической или приводящей к инвалидности болезни. Психологически тяжелыми для лиц зрелого возраста являются такие болезни, как онкологические, хронические соматические болезни и т.д.

Второй повышенно значимой группой заболеваний для зрелого человека считаются так называемые «стыдные» болезни, к которым обычно относят венерические и психические заболевания. Психологическая реакция на них обусловлена не всегда оценкой их, как угрожающих здоровью, а связана с переживаниями по поводу того, как изменится социальный статус и авторитет заболевшего такими болезнями в случае, если об этом станет известно окружающим. Список «стыдных» заболеваний не исчерпывается венерическими и психическими. К ним могут относится многие заболевания, носящие оттенок субъективной непристижности. К примеру, для некоторых людей стыдно болеть (или слыть больным) геморроем, стыдно проводить прерывание беременности (аборт). Существуют группы населения (в первую очередь люди, занимающие руководящие посты) для некоторых из которых

стыдными являются болезни сердца (инфаркт), что связано с возможностью продвижения по службе.

Для пожилых и престарелых людей наиболее значимыми являются болезни, которые могут привести к смерти. Инфаркт, инсульт, злокачественные опухоли страшны для них не тем, что могут приводить к потере трудо- и работоспособности, а тем, что ассоциируются со смертью.

Особенности темперамента

По определению, темперамент — это характеристика индивида со стороны динамических особенностей его психической деятельности, т. е. темпа, ритма и интенсивности отдельных психических процессов и состояний. К значимым для выработки определенного типа психического реагирования на заболевание параметрам темперамента можно отнести переносимость боли, ограничения движений и обездвиженности.

Боль как нейрофизиологический феномен формируется на основе интеграции «ноцицептивных» и «антиноцицептивных» систем и механизмов головного мозга. Субъективное чувство интенсивности ощущаемой боли оказывает существенное влияние на степень сосредоточения внимания человека на этом ощущении и, как следствие, на ее переносимости. Кроме того известно, что экстраверты и интраверты различно реагируют на боль — по мнению Айзенка, экстраверты воспринимают все уровни стимуляции (в том числе болевой) менее интенсивно, чем интраверты.

Составной частью темперамента является параметр общей двигательной активности или импульсивности, т. е. режим двигательной активности, подвижность, скорость движений и прочие моторные характеристики человека обусловлены наследственными нейрофизиологическими факторами. Вследствие этого ограничение подвижности или обездвиженность, вызванные болезнью (прикованность к постели, необходимость соблюдать постельный режим), могут служить психологической фрустрацией для лиц, двигательный режим которых нацелен на быстроту действий, склонность к интенсивным физическим нагрузкам. Некоторыми исследователями плохая переносимость состояний вынужденного ограничения движений относится к свойствам эктраверсии или интраверсии.

Несомненно, что синдромологическая оформленность типа психического реагирования на заболевание базируется на особенностях характера человека. Тип акцентуации может определять выбор того или иного типа реагирования. Следует признать, что субъективное отношение к болезни формируется на основании семейного воспитания и, в частности, воспитания отношения к болезням, способам переносимости болезней, определения места параметра здоровье-болезнь в иерархии ценностей ребенка.

Существуют две противоположные семейные традиции воспитания субъективного отношения к болезням — «стоическая» и «ипохондрическая». В рамках первой ребенок постоянно поощряется за поведение, направленное на самостоятельное преодоление недугов, плохого самочувствия. Его хвалят, когда он, не обращая внимание на имеющуюся боль, продолжает заниматься тем, чем занимался до ее возникновения. «Стоическая» традиция основывается на девизе: «Не хнычь». Протиположна ей семейная традиция формирования сверхценного отношения к здоровью. Когда родителями поощряется внимательное отношение к состоянию своего здоровья, тщательность в оценке болезненных проявлений, выявления у себя первых признаков заболевания. В семье ребенок обучается при малейшем изменении самочувствия обращать собственное внимание и внимание окружающих (вначале родителей, а затем воспитателей, учителей, супругов и пр. лиц) на болезненные проявления. Девизом в подобном случае служит выражение: «Будь бдителен, в противном случае заболеешь и умрешь».

Семейные традиции определяют своеобразное ранжирование болезней по степени их тяжести. К примеру, к наиболее тяжелым могут относиться не «объективно» тяжелые, а те, от которых чаще всего умирали или которыми чаще болели члены семьи. Вследствие этого, субъективно наиболее значимой болезнью может оказаться гипертоническая болезнь, а не рак или психическое заболевание. Кроме того, в семье, где есть прецеденты длительной и устойчивой ремиссии, после лечения онкологического заболевания или даже выздоровления, подобная болезнь может оказаться менее психологически тяжелой, чем в семье с противоположной традицией, основанной на собственных наблюдениях.

К личностным особенностям, как правило, относят ценностные ориентации человека, его морально-нравственные критерии и иные социально обусловленные феномены. В первую очередь из личностных особенностей, влияющих на формирование субъективного отношения к болезни следует отметить мировоззрение и философскую позицию по поводу жизни после смерти. Клинический опыт и многочисленные наблюдения убеждают, что психологические реакции на заболевание разнятся у глубоко верующих людей и воинствующих атеистов. Чаще первые более адекватно, психологически комфортно относятся к болезням, ведущим к смерти («бог дал, бог взял»). Вторые же нередко реагируют на появившуюся болезнь, которая может привести к утрате трудоспособности или даже к смерти, обидой. Они начинают искать виновников заболевания, создают вокруг себя враждебную обстановку и сами психологически неадекватно реагируют на все.

К особенностям личности, влияющим на выбор типа психологического реагирования на заболевание, относятся и околомедицинские суеверия. Спектр их широк и включает мистическое истолкование истоков их болезни («сглазили», «навели порчу», «подействовал энергетический вампир» и т. д.). Мистическая концепция болезни носит характер убежденности, пациент не способен критически оценивать свои высказывания и требует от врача не лечения, а «снятия порчи» и пр. мистических манипуляций.

В личностные особенности, повышенно значимые для понимания механизмов становления типов психического реагирования на заболевание, входит и так называемая антиципационная состоятельность. Суть ее заключается в способности предвосхищать ход событий, предвидеть поведение окружающих и собственные реакции в процессе изменения ситуации. К антиципационной состоятельности относится способность построения программы собственных действий, к примеру, в случае появления тяжелой болезни, которая может изменить обычный жизненный стереотип, привести к инвалидности или смерти. В антиципационную программу включается готовность к любому исходу болезни (худшему, нежелательному или лучшему, желательному). Пациент, обладающий антиципационной состоятельностью, создает несколько программ, распределяет между ними вероятности и гото-

вит себя ко всем. Его размышления носят характер предполо- жений типа: «Что я буду делать, если у меня выявят рак?», «Учитывая, что у меня, возможно, тяжелое заболевание, которое не позволит мне в дальнейшем профессионально заниматься моим любимым спортом, чем я буду заниматься?» и т. д. Если пациент не вырабатывает антиципационной программы, нацеливается лишь на один — желанный — исход событий («это не онкологическое заболевание, врачи ошибаются»), то реальный факт болезни может стать для него серьёзной психической травмой и вызвать неадекватный тип психологического реагирования на болезнь.

Уровень образования человека и уровень его культуры как личностные свойства также оказывают влияние на оценку субъективной тяжести болезни. Особо это относится к уровню медицинской образованности и культуры. Негативным в психологическом отношении оказываются крайности. Как низкая медицинская культура, так и высокая с одинаковой вероятностью способны вызвать психологически тяжелые реакции. Однако механизмы их будут разнить, в одном случае это будет связано с недостатком, в другом — с избытком информации о болезнях, их тяжести, течении и исходах.

Психологами выделяются тринадцать типов психологического реагирования на заболевание. Типология реагирования на заболевание создана А. Е. Личко и Н. Я. Ивановым (1980) на основе оценки влияния трех факторов: природы самого соматического заболевания, типа личности, в котором важнейшую составную часть определяет тип акцентуации характера и отношения к данному заболеванию в референтной для больного группе. Типы объединены по блокам (Э. Б. Карпова, 1985). Первый блок включает типы отношения к болезни, при которых социальная адаптация существенно не нарушается: гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы.

Во второй и третий блок включаются типы реагирования на болезнь, характеризующиеся наличием психической дезадаптации в связи с заболеванием. При этом второй блок включает типы реагирования преимущественно с интрапсихической направленностью (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический). Эмоционально-аффективная сфера отношений у больных с этими типами реагирования клинически проявляется в дезадаптивном поведении: реакциях по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном со-

стоянии, «уходом» в болезнь, отказе от борьбы — «капитуляции» перед заболеванием и т. п.

В третий блок входят типы реагирования с интерпсихической направленностью. Этот блок включает типы с таким сенсибилизированным отношением к болезни, которое в наибольшей степени зависит от преморбидных особенностей личности больных: сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический. Больные с этими типами отношения к болезни при различных эмоционально-аффективных реакциях на болезнь также характеризуются дезадаптивным поведением, приводящим к нарушению их социального функционирования.

Отношение к болезни, обладая всеми характеристиками, присущими психологическим отношениям, содержит в себе когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты. Когнитивный включает знание о болезни, ее осознание, понимание ее роли и влияния на жизненное функционирование больного, предполагаемый прогноз; эмоциональный — ощущение и переживание болезни и всей ситуации, с ней связанной; поведенческий — связанные с болезнью реакции, способствующие адаптации или дезадаптации к ней и выработку определенной стратегии поведения в жизненных ситуациях в связи с болезнью (принятие роли больного, активная борьба с болезнью, игнорирование, пессимистические установки и пр.).

Далее будет приведено описание тринадцати типов психологического реагирования на заболевание по А. Е. Личко.

ГАРМОНИЧНЫЙ	Трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации — переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному. При неблагоприятном прогнозе — сосредоточение внимания, забот, интересов на судьбе близких, своего дела.

ТРЕВОЖНЫЙ	Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах терапии, непрерывный поиск авторитетов. В отличие от ипохондрии более интересуют объективные данные о болезни (результаты анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения. Поэтому предпочитают больше слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение прежде всего тревожное, угнетенность — вследствие этой тревоги.
ИПОХОНДРИЧЕСКИЙ	Сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, требований тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур.
МЕЛАНХОЛИЧЕСКИЙ	Удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.

АПАТИЧЕСКИЙ	Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса ко всему, что ранее волновало.
НЕВРАСТЕНИЧЕСКИЙ	Поведение по типу «раздражительной слабости». Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, при неблагоприятных данных обследования. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается нередко раскаянием и слезами. Непереносимость болевых ощущений. Нетерпеливость. Неспособность ждать облегчения. В последующем — раскаяние за беспокойство и несдержанность.
ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИЙ	Тревожная мнительность прежде всего касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.
СЕНСИТИВНЫЙ	Чрезмерная озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни. Опасения, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно относиться, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе болезни. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагожелательного отношения с их стороны в связи с этим.

ЭГОЦЕНТРИЧЕСКИЙ	«Уход в болезнь», выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы — все должны забыть и бросить все и заботиться только о больном. Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя». В других людях, также требующих внимания и заботы, видят только «конкурентов» и относятся к ним неприязненно. Постоянное желание показать свое особое положение, свою исключительность в отношении болезни.
ЭЙФОРИЧЕСКИЙ	Необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само собой все обойдется». Желание получать от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима, хотя эти нарушения могут неблагоприятно сказываться на течении болезни.
АНОЗОГНОЗИЧЕСКИЙ	Активное отбрасывание мыслей о болезни, о возможных ее последствиях. Непризнание себя больным. Отрицание очевидного в проявлениях болезни, приписывание их случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения. Желание «обойтись своими средствами».
ЭРГОПАТИЧЕСКИЙ	«Уход от болезни в работу». Даже при тяжести болезни и страданиях стараются во что бы то ни стало продолжать работу. Трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, работе отдают все время, стараются лечиться и подвергаться обследованию так, чтобы это оставляло возможность продолжения работы.

ПАРАНОЙЯЛЬНЫЙ — Уверенность в том, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злому умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.

Психологические особенности больного человека включают, наряду с типами психологического реагирования на заболевание, и защитные психологические механизмы, т. е. привычные способы поведения в условиях конфликта или переживания (например, психической болезни или нарушений поведения), которым человек обучался с детства. Они обусловливают выбор типа реагирования на заболевание в зависимости от сформированной концепции происхождения болезненных симптомов, распределения ответственности за происхождение патологических проявлений. Особенно это затрагивает реагирование на появление психопатологических расстройств или психического заболевания. Как правило, выделяют такие варианты психологических защитных механизмов, как рационализация, проекция, вытеснение, идентификация, компенсация, гиперкомпенсация, фантазирование, доминирующие идеи (М. Ярош).

РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ — стремление к самооправданию, поиск причин и мотивов своих поступков во внешней среде. Обвинение, например, окру- жающих его людей в возникновении болезни. Больной при этом старается найти максимально убедительные и правдоподобные доказательства внешней обусловленности его болезненных высказываний и неадекватных поступков, стремясь .сознательно или подсознательно уйти от признания тягостного факта развития у него психической болезни.

ПРОЕКЦИЯ	приписывание другим своих неблагоприятных черт характера. Такой механизм личностной защиты наиболее часто отмечается у пациентов с пограничной психической патологией (при психопатиях и неврозах). Больной осознанно или неосознанно старается создать у врача впечатление, что его болезненный срыв является следствием отрицательных черт характера близких ему людей.
ВЫТЕСНЕНИЕ	проявляется в забывании, игнорировании очевидных фактов неправильного поведения или симптомов болезни, вплоть до полного ее непризнания. Наиболее ярко вытеснение проявляется при истерических расстройствах — больной часто не помнит наиболее неприятные и тяжелые для него события.
ИДЕНТИФИКАЦИЯ	достижение внутреннего психического успокоения путем сопоставления, идентификации себя с кем-либо другим (например, со своими детьми — желание, чтобы они достигли в жизни того, чего он не достиг сам).
КОМПЕНСАЦИЯ	основана на стремлении к достижению успеха в какой-то области и, таким образом, к компенсации неудач в другой области, вызванных, например, недостаточными физическими способностями, отсутствием дарований, дефектом речи (например, усиленные занятия музыкой, чтобы чем-то отличаться от кого-то и привлечь к себе внимание).
ГИПЕРКОМПЕНСАЦИЯ	стремление к достижению успеха и чувства значимости именно в той области, которая до сих пор была наиболее трудной (физически слабый с помощью интенсивных тренировок старается быть самым

сильным в каком-либо виде спорта, робкий и трусливый человек прикрывается напускной развязностью и грубостью, лживый человек стремится убедить других и отчасти даже сам убежден в своей исключительной честности).

ФАНТАЗИРОВАНИЕ проявляется в виде воображения исполнения неосуществимых желаний или успешного разрешения какой-то тягостной ситуации, в идентификации себя с каким-то литературным или былинным героем. Оно способствует снижению тягостного внутрипсихического напряжения, вызванного жизненной неудачей или болезнью.

ДОМИНИРУЮЩИЕ или СВЕРХЦЕННЫЕ ИДЕИ убеждения с сильным эмоциональным зарядом, которые принимаются за самые важные в жизни и служат мотивационным стимулом к достижению какой-то определенной цели, несмотря на возникающие трудности. При этом собственные неудобства и наносимые окружающим обиды не принимаются в расчет.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Личко А.Е., Иванов Н.Я. //Журнал невропатологии и психиатрии. — 1980, 8.

Николаева В.В. / Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.

Соколова Е.Т. / Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М., 1988.

ГЛАВА 6
ОБЩЕСТВО И ПСИХИАТРИЯ

Социологические аспекты психиатрии

Как было показано в главе 4 маятник общественного мнения о психиатрии имеет большую амплитуду, раскачиваясь от позиции проповедования доктрины психиатрического сдерживания инакомыслия до положения преобладания антипсихиатрических воззрений и психиатрического нигилизма. При этом на оптимальной точке — разумных, цивилизованных формах сотрудничества психиатрии и общества — маятник задерживается ненадолго.

Несмотря на то, что психиатрия является сугубо медицинской дисциплиной, ее связь с обществом не исчерпывается типичным для подобной сферы терапевтическим аспектом. О ее развитии судят не только по уровню достижения лечебного эффекта, но и по тому, насколько ее принципы соответствуют демократическим постулатам.

Психиатрия вторгается как в сферу деятельности отдельно взятой личности, так и в функционирование общества в целом. Вследствие этого общество предъявляет к организации психиатрической практики и даже науке особые требования.

До недавнего времени в нашей стране общество не могло посягать на психиатрические ипостаси, ему отводилась роль стороннего и докучливого наблюдателя. Общественным мнением о психиатрии не интересовались ни государственные организации, ни сами психиатрические инстанции. Система функционировала

по принципу самодостаточности. Считалось, что мнение общественности в этом вопросе не способно принести пользу делу охраны психического здоровья, не может прояснить положение, поскольку оно "невежественно-дилетантское".

Искусственная инкапсулированность психиатрической науки и практики, высокомерная дистанцированность от основных человековедческих областей знаний, типичное для различных научных психиатрических школ демонстрирование самодостаточности не раз в истории приводили к неприятию принципов и процедур этой науки, резкой нелицеприятной критике психиатрии со стороны как отдельных государственных институтов, так и со стороны общества в целом (А.К.Ануфриев, 1991; Ю.С.Савенко, 1991). В эти периоды нарастали антипсихиатрические тенденции, и "под влиянием общественности" психиатрией начинала заниматься власть.

Традиционно в разработке законодательства в сфере психиатрии участвовали исключительно две группы заинтересованных специалистов: психиатры, представлявшие себя и своих подопечных, и правоведы, выступавшие от имени общества и государства. Фактически же мнение общества не являлось приоритетным в правоведческом процессе. Изменение законодательства, как правило, шло под прессом обстоятельств. В лучшем случае под давлением не всегда поддерживаемых народом правозащитных организаций. Роль сообщества психиатров до последнего времени сводилась к исполнению указов свыше.

Каждый раз авторитарно вводя новые нормы взаимоотношений психиатрии и государства, власть шла наперекор мнению большинства, демонстрируя обществу в одних случаях решимость защитить его с помощью "жестких, но справедливых" мер по отношению к мыслящим и действующим "инако", в других, проявляя желание быть святее папы римского. Общество же по привычке реагировало на резкие зигзаги властьпредержащих саркастически: "Раньше было несправедливо, да и сейчас не лучше".

В сфере законодательства, затрагивающего психиатрию, общество (к примеру, российское) с одинаковым по искренности единодушием соглашалось сначала с тем, что "психиатры злоупотребляют психиатрией" и вопрошало: "Куда смотрит государство?", а затем с тем, что "вокруг одни сумасшедшие" и задавалось вопросом: "Куда смотрят психиатры?".

Подобные специфичные для общественного сознания трансформации позволили D.Armstrong в 1988 году в одной из первых статей

нетрадиционного для психиатрии социального направления сделать вывод о том, что без социологической оценки правовых и этических сторон взаимоотношений общества и психиатрии прогрессивные изменения в ней вряд ли возможны. Этот вывод основывался на представлении о том, что отношение общества к больным в не меньшей степени, чем психофармакологическое воздействие ответственно за излечение психически больных.

На примере исторических перипетий российской психиатрии можно проследить еще более примечательную тенденцию. Она связана с характерными особенностями политического устройства страны и трагическим своеобразием идеологических приоритетов врачей-психиатров — членов данного общества.

Известно, что эффективность претворения в жизнь любого правового акта в такой социально значимой области как психиатрия во многом зависит от идеологических, этических и некоторых иных особенностей основных участников психиатрического действа — психиатров и персонала психиатрических лечебниц. Но в сверхполитизированной стране они являются носителями определенных общественных догм, традиций, верований.

В одном из недавних исследований (И.Р.Семин, 1995), в частности, был выявлен поразительный феномен. Оказалось, что при непосредственном длительном общении с психически больными, по мере ознакомления с их нуждами и переживаниями в процессе течения заболевания у многих сталкивающихся с ними медицинских работников резко снижается толерантность к душевнобольным. Т.е. люди, которые по долгу службы обязаны проявлять гуманность к своим нездоровым подопечным, начинают испытывать противоположные чувства и реагировать как обыватели.

Здравый смысл и приведенные выше факты подсказывают, что психиатрические принципы (сколь бы гуманными и справедливыми они ни были), способны прийти в противоречие с внутренними психологическими установками конкретных должностных лиц, которые обязаны использовать предписанные психиатрические процедуры в строго заданных социально-экономических и культуральных условиях. Единственно верным способом реального улучшения правового и этического регулирования отношений в области психиатрии следовало бы признать учет общественного мнения различных социокультуральных групп населения по поводу основных принципов и процедур психиатрической помощи,

формирование правового мышления и гуманного отношения к психически больному меньшинству.

Этому может способствовать изучение общественного мнения (социологический мониторинг), который позволяет понять реальное положение в системе общество-психиатрия, выявить истинное отношение обывателей к душевнобольным, методам и способам, исповедуемым психиатрами, оценить влияние душевнобольных на социальные и нравственные процессы в социуме и прочие социальные аспекты психиатрии.

Среди факторов, оказывающих существенное влияние на развитие любой науки, выделяют "личные" и социокультуральные (A.Decandolle, 1887). Психиатрическая наука в этом отношении не является исключением. И, если на основании т.н. личных факторов психиатрия практически не отличается от иных научных дисциплин, то по параметру социокультурального влияния на многие сущностные стороны науки психиатрию можно отнести к специфическим медико-социальным наукам (W.Carpenter, 1991).

Диагностический процесс в области психиатрии оказывается наиболее чутким к социокультуральному воздействию, вследствие чего продолжают существовать региональные, социальные, этнокультуральные и некоторые иные подходы к принципам психиатрической диагностики и нозологии вплоть до антипсихиатрического отрицания психиатрического процесса.

В современной психиатрии оценка влияния социокультуральных факторов на психиатрическую диагностику, как правило, строится на клиническом подходе. Основными способами доказательства остаются клинико-психопатологические сравнительные исследования в различных странах мира с разными социальными и этническими условиями. Социологический подход, включающий изучение общественного мнения о психиатрии, психической норме и патологии, традициях и верованиях в области психической деятельности, морально-нравственных и социальных нормативах поведения, как правило, в целях разработки психиатрической теории не используется.

При оценке выработки диагностических критериев в современных условиях делается ссылка на корпоративный фактор — существование научных психиатрических школ, традиций, предпочтений, влияющих на процесс распознавания психических нарушений и постановки диагноза психического заболевания. Со-

циальный аспект проблемы подвергается в большей степени публицистическому обсуждению, нежели научному осмыслению. Обусловлено это отсутствием в психиатрии инструментов и методов для научного изучения влияния социальных факторов на диагностику психических заболеваний.

Социально-демографический подход, нашедший место в психиатрических исследованиях в данном случае, также как и некоторые иные распространенные в психиатрии подходы, не способен в полной мере решить проблему, поскольку учитывает лишь внешние формально-статистические, а не сущностные стороны явления.

Наблюдения последних лет за развитием отечественной психиатрии подтверждают, что общественное мнение о психиатрии, психиатрах, психически больных и некоторых психиатрических принципах и процедурах способно привести к изменению казалось бы толерантного к внешнему воздействию и основанного на строгих научных критериях диагностического процесса.

Особенно ярко эти пертурбации проявились вслед за расширением антипсихиатрических воззрений в обществе на примере изменения частоты диагностики вялотекущей шизофрении и значительном видоизменении клинических критериев, позволяющих оценивать уровень вменяемости пациентов, страдающих психическими заболеваниями.

В связи с вышеперечисленными фактами, можно утверждать, что социологический подход к изучению клинико-диагностических закономерностей в психиатрии и их влиянию на диагностику психических заболеваний является на настоящем этапе развития отечественной психиатрии весьма актуальным.

Социологический подход к оценке клинико-диагностических закономерностей и патоморфоза психических заболеваний позволяет подвести научную базу под многие априорно существующие идеи о взаимовлиянии социума и психиатрии. С помощью социологического подхода возможно разрешение таких проблем психиатрии, как выявление влияния социальных процессов и культуральных особенностей на формирование тех или иных психопатологических симптомокомплексов; оценке вклада личностных особенностей в психогенез; анализ социально опосредованных феноменов в синдромообразовании при психических заболеваниях как психогенного и экзогенного, так и эндогенного круга; обоснование метода диагностики психических заболеваний.

В формировании стратегии и тактики организации психиатрической службы важную роль на настоящем этапе развития играет общественное мнение. К сожалению, у психиатров о нем пока есть лишь приблизительное представление, основанное скорее на материалах в прессе и личных впечатлениях от встреч с родственниками психически больных нежели на результатах научных исследований.

В данной главе будут приведены результаты социологического исследования по оценке общественного мнения о психиатрии. С целью изучения общественного мнения о психиатрии нами в течение восьми лет проводился социологический мониторинг (результаты предыдущего исследования приведены в первом издании руководства).

В 1988 и 1996 годах по идентичной схеме и унифицированной анкете проводился социологический опрос среди различных социокультуральных слоев и групп населения (по 1000 городских жителей). Принцип выборки был стратификационный. Анкетирование проводилось среди 5 групп по 200 человек в каждой. В нем принимали участие: 1) промышленные рабочие, 2) служащие и ИТР, 3) учащиеся школ, ПТУ, техникумов, 4) студенты ВУЗов и 5) пенсионеры.

Кроме вышеперечисленных групп в исследовании принимали участие средний медицинский персонал психиатрических больниц, а также эксперты: врачи-психиатры и преподаватели кафедры психиатрии медицинского университета. Это позволяло выявить, отразить и соотнести с общественными тенденциями мнение заинтересованной стороны, что также немаловажно в свете переориентации психиатрической службы. Анкета, предложенная респондентам, была рассчитана на анонимные ответы и состояла из 47 вопросов.

Специальный интерес представляла динамика социологических показателей (общественного мнения) по наиболее актуальным правовым и этическим проблемам взаимоотношений общества и психиатрии.

Исследовалось изменение отношения к психически больным (их льготам, ограничениям, свободам), оценивалась динамика мнения о роли правовых и этических механизмов в регулировании взаимоотношения общества и душевнобольных, общества и психиатров, психиатров и государства, о влиянии социальных факторов на психическую заболеваемость и эффективность терапевтических мероприятий.

В области правовых взаимоотношений наибольший интерес представляет социологическая оценка действующих (реальных) и предпочтительных (идеальных) с позиции общественного мнения правовых норм. В частности, отношение к недобровольной госпитализации в психиатрическую больницу, диспансерному наблюдению (учету), выбору пациентом врача-психиатра или способа терапии и др. В сфере этических взаимоотношений существенным представляется анализ таких сторон, как толерантность различных групп населения к душевнобольным, оценка мнений о необходимости и целесообразности сохранения конфиденциальности при обращении человека к психиатру и пр.

Наиболее спорными оказываются вопросы, затрагивающие недобровольный характер взаимоотношений общества, психиатрии и лиц, которым оказывается психиатрическая помощь. Именно им посвящено большинство публикаций, упрекающих психиатрию в злоупотреблениях. В вопросе о необходимости и допустимости госпитализации больного без его согласия в психиатрический стационар мнения населения разделяется между безусловной поддержкой этой процедуры (в 1988 году — 44,5%, в 1996 году — 47,5%) и категорического несогласия с ней (соответственно — 25,2% и 20,8%). За восемь лет в российском обществе отмечена некоторая подвижка общественного мнения в сторону роста убежденности в необходимости и целесообразности данной меры ограничения свободы человека.

При анализе отношения к этой проблеме различных социокультуральных слоев общества выявляется, что изменения в сторону ужесточения применения этой процедуры в незначительной степени затрагивают пенсионеров, рабочих, служащих и учащихся, тогда как среди студенчества отмечается значительный рост (с 54,5% до 65,0%). Следует думать, что, отвечая на вопрос о допустимости недобровольной госпитализации, опрошенные исходили из широкораспространенного убеждения о том, что психиатр может любого человека госпитализировать в психиатрическую больницу без его согласия. Обсуждению не предлагались основания для недобровольной госпитализации, и размышления респондентов направлялись исключительно на оценку правомерности и законности этой процедуры.

Следовательно, уменьшение числа считающих недопустимым в правовом отношении госпитализацию человека без его согласия в психиатрический стационар позволяет предполагать, что все меньшей частью общества это рассматривается как нарушение прав человека. Возможно выявленный факт связан с последствиями антипсихиатрической кампании, в процессе которой обществу пришлось непосредственно окунуться в психиатрические проблемы и убедиться, что оно не вполне готово к мирному сосуществованию с выписанными по его настоянию из больниц людьми.

Т.е. декларации демократической направленности, нашедшие отражение в результатах социологического опроса 1988 года в период разгула антипсихиатрических воззрений, исчезли сразу же после того, как теорию сменила практика, и обывателю пришлось столкнуться с реальными душевнобольными лицом к лицу, а не через парапет газетных публикаций.

В сравнении с отношением к возможности и необходимости недобровольной госпитализации за время социологического мониторинга увеличилось число тех, кто настаивает на обязательном учете и постоянном наблюдении психиатров за душевнобольными. Наибольшие изменения претерпело мнение рабочих. Число тех из них, кто настаивает на подобной процедуре возросло с 31,5% до 56,0%. В то же время, среди студентов была зарегистрирована противоположная динамика: с 32,0% до 22,0%. Следует обратить внимание и на тот факт, что, несмотря на происшедшие за последние годы существенные законодательные изменения в сфере диспансерного учета, число лиц, считающих, что человека, обратившегося к психиатрам, обязательно поставят на учет возросло в полтора раза.

Анализ динамики ответов обывателей на вопросы о недобровольном характере взаимоотношений психиатров и душевнобольных выявляет тенденцию к большему ужесточению мер, связанных с госпитализацией и учетом пациентов. Следует обратить внимание на то, что в анонимном опросе мнения психиатров и медицинских сестер психиатрических больниц также оказываются жесткими. Половина врачей и чуть менее двух третей среднего медперсонала однозначно высказываются за недобровольную госпитализацию, а треть врачей и 60,0% медсестер указывают, что учет и постоянное наблюдение за душевнобольными обязательны, не оговаривая никакими клиническими или социальными признаками.

Немаловажным представляется анализ мнений различных социокультуральных групп о том, в чьи руки целесообразнее и правомернее отдать решение вопроса о недобровольной госпитализации. Несмотря на то, что за время, прошедшее с момента проведения первого опроса в 1988 году в России законом была предусмотрена судебная процедура недобровольного помещения пациента в психиатрическую клинику, количество опрошенных согласных с этим осталось малым (8,9% в 1988 году и 10,8% в 1996 году).

Если в 1988 году за правовое решение этого вопроса ратовали студенты, то через восемь лет они оказались аутсайдерами, уступив первые места служащим и рабочим.

Значительно возросло количество лиц (особенно среди студентов — рост почти в полтора раза), отдающих приоритет в этом вопросе врачам-психиатрам. Позиция учащихся также сменилась. Они стали в этом вопросе больше доверять родственникам душевнобольных, чем врачам-психиатрам (ранее отмечалась противоположная тенденция).

Мнение врачей-психиатров в 1988 году разделилось практически поровну между утверждением о том, что необходима судебная процедура решения вопроса о недобровольной госпитализации и тем, что решение должны принимать сами психиатры. В 1996 году среди психиатров зарегистрирована тенденция снижения ценности судебной процедуры и повышения значимости сугубо профессиональной экспертизы. Результаты последнего по времени исследования этого вопроса отражены на схеме.

Схема

Выбор ответственных за решение вопроса о необходимости госпитализации человека в психиатрическую больницу (в %)

Мнение обывателей

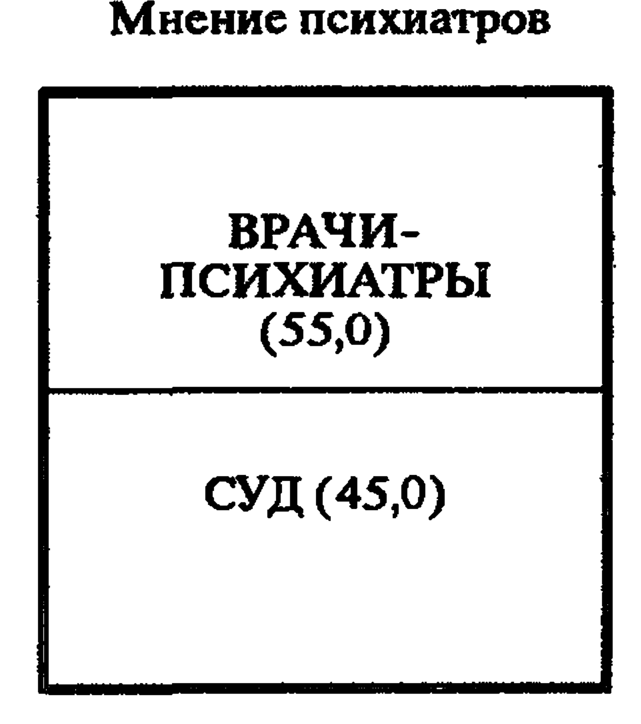
ВРАЧИ-ПСИХИАТРЫ (51,5)

РОДСТВЕННИКИ БОЛЬНЫХ (20,5)

СУД (10,8)

ТРУДНО СКАЗАТЬ (17,2)

Мнение психиатров



Полученные результаты указывают на тот факт, что изменение законодательства в сторону большей демократизации, к сожалению, не нашло существенной и искренней поддержки как среди большинства членов общества, так и среди психиатров, поставленных перед необходимостью исполнения закона.

В связи с этим можно согласиться с мнением В.А.Тихоненко (1996) о том, что на практике не редки случаи косвенного принуждения и различных иных способов оказания врачом давления на пациента с целью избежать судебной процедуры госпитализации больного в стационар. По этой же причине можно утверждать, что пока психиатры не готовы к внедрению в психиатрию состязательной модели.

Право больного выбирать способы и методы терапии всегда находится в центре внимания общественности. Решение этого вопроса затрагивает сущностные основы взаимоотношений врача и пациента.

Если в соматической клинике вопрос об отходе от патерналистской модели медицины находит своих сторонников, то в психиатрии такая тенденция малозаметна, хотя она активно пропагандируется (Б.В.Шостакович, 1991). Несмотря на то, что в настоящее время законодательно закреплено право больного выбирать для себя щадящие методы терапии и при определенных условиях право отказаться от лечения, большинство психиатров и среднего медицинского персонала психиатрических больниц не вполне согласны с этим.

По результатам анонимного экспертного опроса в 1988 году ни один врач-психиатр и ни одна медицинская сестра не разделяли точку зрения о том, что душевнобольному должно быть разрешено выбирать методы лечения и что он может отказаться от него. Треть психиатров и десятая часть медсестер допускали право больного выбрать щадящие методы лечения и отказаться, к примеру, от гипноза или электросудорожной терапии. Через восемь лет экспертная оценка претерпела незначительные изменения в сторону увеличения тех, кто допускает, что больным следует предоставить возможность отказаться от шоковых методов терапии.

Мнение различных социокультуральных групп населения по этому вопросу было и остается более мягким по сравнению с точкой зрения экспертов.

Отмечен рост числа тех, кто полностью отдает право решения вопроса о выборе терапии самому душевнобольному и двукратное увеличение количества ратующих за выбор пациентом щадящих методов лечения (с 14,6% в 1988 году до 31,8% в 1996 году).

Существование некоторых иных кроме перечисленных правовых норм, как показал социологический мониторинг, также не находит поддержки среди населения. В частности, это касается принципа районирования. Изучение вопроса о праве выбора пациентом врача-психиатра убедительно показало, что большинство респондентов (68,9% в 1988 году и 71,5% в 1996 году) однозначно высказываются за реализацию этого права душевнобольными.

К наиболее значимым правовым и этическим сторонам взаимоотношения общества и психиатрии причисляется широкомуссирующаяся в обществе проблема необходимости борьбы с распространением психической заболеваемости хирургическими методами, в частности, с помощью принудительной стерилизации психически больных.

Как показали результаты социологического мониторинга по данному вопросу мнение общества остается репрессивным.

Большинство опрошенных (в 1988 году 58,6%, в 1996 — 58,0%) высказались за процедуру принудительной стерилизации (некоторые оговаривают эту меру определенными условиями, например, наличием других душевнобольных родственников, психической болезни обоих супругов). При этом среди пенсионеров за необходимость подобной меры борьбы с "психическим вырождением нации" высказалось в полтора раза больше людей, чем в предыдущем опросе. В то же время, в четыре раза уменьшилось количество приверженцев подобной меры среди учащихся и студентов. Мнение рабочих и служащих за восемь лет мониторинга не претерпело каких-либо существенных изменений. Результаты исследования представлены в таблице 10.

Полученные результаты поражают своей неприкрытой неприязнью общества к психически больным и страхом перед ними. Именно этими факторами можно объяснить периодически возникающие во властных структурах предложения по законодательному ограничению рождаемости среди больных.

Доминирование в общественном сознании представлений об опасности психически больных, о психической контагиозности не всегда прорывается в открытом призыве хирургического решения

этого вопроса. Зачастую оно проявляется в предложениях оградить душевно здоровое большинство от душевнобольного меньшинства в прямом и переносном смысле (изолировать в психиатрические лечебницы, вынести больницы за черту города и т.д.).

Таблица 10

Распределение ответов респондентов на вопрос: "Существует мнение, что борьба с распространением душевных болезней должна включать и запрет иметь душевнобольным детей, например, с помощью принудительной стерилизации. Разделяете ли Вы это мнение?" (в %)

Ответ	Пенс.	Раб.	Служ.	Студ.	Учащ.	Итого
Полностью разделяю	41,5	20,5	35,0	21,5	15,5	26,8
	90,0	84,0	70,0	67,0	4,0	22,3
Нужно запретить иметь детей даже тем семьям, у которых есть душевнобольные родственники	3,5	8,0	10,0	3,0	3,5	5,6
	58,0	16,0	34,0	2,0	2,0	3,0
Нужно запретить иметь детей лишь семьям, где *оба родителя* страдают душевными болезнями	27,5	22,0	27,5	30,5	23,5	26,2
	14,0	48,0	36,0	23,0	34,0	32,8
Запрет не нужен, вопрос о рождении детей должны решать родители	8,5	9,0	10.5	19,5	23,5	16,2
	14,0	20,0	13,0	54,0	40,0	28,5
Трудно сказать	19,0	30,5	17,0	25,5	34,0	25,2
	10,0	12,0	14,0	13,0	20,0	13,5

Примечение: в первой строке отражены данные опроса 1988 года, во второй — 1996 года.

Если сопоставить желание большинства в обществе решить психиатрические проблемы с помощью стерилизации с призывами увеличить льготы для душевнобольных, то можно понять глубинные мотивы такой позиции. На уровне общественного сознания стерилизация психически больных не рассматривается как зло. Эта мера, с точки зрения общества, нерепрессивная, а прогрессивная, поскольку за ней усматривается желание уберечь "убогих, неразумных" членов общества от роковой ошибки. И лишь во

вторую очередь общество указывает на проблемы "защиты генофонда".

Одним из основных этических вопросов взаимоотношений общества и психиатрии считается вопрос о гарантиях конфиденциальности при оказании психиатрической помощи. Его значимость определяется тем фактом, что около трети опрошенных в процессе социологического исследования (как в 1988 году, так и в 1996 году) не посоветовали бы своим знакомым ни при каких обстоятельствах обращаться за психиатрической помощью именно по причине возможной огласки. При этом за восемь лет мониторинга почти в два раза уменьшилось количество тех, кто затруднился в выборе ответа на вопрос о достаточной мере сокрытия психиатрами сведений об обратившихся к ним. В связи с этим в два раза (с 20,5% до 41,0%) возросло число людей, считающих, что информация о больных скрыта достаточно при не изменившимся числе придерживающихся противоположного мнения.

Полученные данные отражают двойственную позицию общественного мнения. По результатам опроса совпало количество лиц, настаивающих на том, что информация скрыта недостаточно с количеством людей не доверяющих психиатрам в связи с возможным нарушением врачебной тайны. Это можно рассматривать как связанные между собой параметры.

В обществе активно обсуждается вопрос о необходимости психиатрического освидетельствования политических деятелей. Как показывает анализ периодической печати, большинство населения страны высказывается за эту процедуру. Предполагается, что заключение экспертизы непременно должно стать известным обществу в целях более обоснованного подхода к выбору политических фигур, оказывающих решающее влияние на общественную жизнь.

Остановимся на оценке этого общественного процесса подробнее и постараемся наметить ответ на вопрос психиатру ли решать, кого не пускать в большую политику? Обратимся к фактам и проанализируем ситуацию.

Участь психиатрии такова, что в ней нуждается всякая власть. Психиатр призывается властьпридержащими на помощь тогда, когда исчерпаны все средства политической борьбы, но необходимо под благовидным предлогом избавиться от своего оппонента. Аргументом в споре становится диагноз.

Политическая ситуация в России такова, что без психиатрии сегодня обойтись уже невозможно. И власть вновь обратилась к ней за помощью. Около десяти лет прошло со времени ярой конфронтации новой власти со старой

психиатрией, на волне которой и была завоевана политическая победа. Не всеми еще забыто неистовое шельмования психиатров, обвинение их во всех смертных грехах, повлекшее распространение антипсихиатрии и массовый выход душевнобольных из клиник на улицы городов. И вот вновь в психиатрии появилась нужда. Учитывая политическую целесообразность момента, психиатрам отпущены все грехи, им велено впредь на политиков не обижаться ("так надо было"), предложено с ними нежно дружить.

В недрах Государственной Думы продолжает обсуждаться законопроект об освидетельствовании политических деятелей, претендующих на ключевые посты в государстве. При этом конечно же предполагается, что душевнобольными будут признаны политические оппоненты, а не соратники, и именно им, в первую очередь, следует предстать перед взором психиатрической комиссии. Руками психиатров предлагается решить острые политические вопросы.

На наших глазах может произойти рождение *пятой власти,* которой предполагается отвести роль фильтра для отсева психически неуравновешенных индивидов, рвущихся в большую политику. Мотивы зачинщиков рождения пятой власти по-человечески понятны и объяснимы — куда ни глянь безумные лица, бешеные глаза, путаная речь, бредовые планы. Помноженные на мистическую легковерность обывателя они способны привести страну к катастрофе. Не дай бог допустить к ядерной кнопке безумца.

Вопрос о психиатрическом освидетельствовании, рожденный в коридорах власти, продолжает рассматриваться политиками с позиции целесообразности.

А что же думают по этому поводу сами психиатры? Стоит ли нам в очередной раз ввязываться в политику, стоит ли подвергать психиатрическую науку и практику искушению властными полномочиями и есть ли у психиатра силы и средства в сегодняшней обезумевшей политической ситуации стать судьей над судьями?

В психиатрических кругах любят повторять эффектную максиму о том, что если психиатрия не займется политикой, то политика займется психиатрией. За упоением поэтичностью фразы видится решимость врачей взять пятую власть в свои руки. Но упускается из виду, что политика занимается психиатрией вне зависимости от желания последней. Попытка даровать психиатрам власть — лишнее доказательство тому. Значит нами уже занялись, и вопрос состоит в том, чего от нас ждут и что мы можем нашим "благодетелям" дать? Немаловажно еще и то, не придется ли психиатрам вскоре каяться, оправдываясь как прежде тем, что не ведали, что творили ("время было такое")?

Итак, предполагается внедрить психиатрическую экспертизу (или освидетельствование) лиц, занимающих политикой. Цель ясна и конечно же оправдана, Но только неясны требования, которые общество хочет предъявить к душевному здоровью политика.

Для занятия определенной властной должности он должен быть: а) душевно здоровым, б) здравомыслящим или в) психически уравновешенным?

Для психиатров перечисленные понятия не равнозначны. Ведь, с одной стороны, даже невроз считается психическим заболеванием, а неуравновешенность может не быть болезненным свойством и являться проявлением распущенности. С другой, психическое заболевание может излечиваться, и человек становиться полностью здоровым и трудоспособным. К тому же по социальным последствиям мания преследования или убежденность в жидо-масонском заговоре — явления одного порядка. Они одинако опасны для окружающих, когда ими обуян ум политика.

Даже, если за основу экспертизы принять параметр глубины психических расстройств, то это вряд ли что изменит. Ведь и психозы — тяжелые психические расстройства, и неврозы — менее "тяжелые" нарушения — излечиваются, а для

политика могут являться пагубными. Сотни тысяч бывших больных шизофренией прекрасно живут и работают после перенесенной болезни и по данным врачебной статистики могут больше в течении жизни и не заболеть.

Таким образом, сегодня, когда необходимость законопроекта о психиатрическом освидетельствовании активно обсуждается, не понятны принципы, которыми можно было бы пользоваться при экспертизе. Пока есть лишь неистовое желание создать закон и привлечь психиатров в политику, не подкрепленное никакими научными доводами. К тому же неясна процедура подобного действия, которая в случае узаконивания психиатрического освидетельствования политиков может стать непреодолимым препятствием на пути его реализации.

Смоделируем одну из высоковероятных ситуаций, которая может сложиться, если психиатрия станет пятой властью.

Предположим, что в президентских выборах участвуют три кандидата: политики А., Б. и В. Допустим, что их обяжут пройти психиатрическое освидетельствование (понятно, что принцип добровольности в таких случаях исключается). Тогда возникнут вопросы: какова конкретная цель освидетельствоваиия, каковы юридические основания освидетельствования и какое заключеиие требуется от психиатров? В соответствии с Законом о психиатрической помощи, действующим в настоящее время в России, психиатрическое освидетельствование проводится для определения: страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи.

Следовательно, изначально ясно, что комиссия психиатров не сможет ответить на вопрос, ради которого и заварена вся каша с освидетельствованием, — может ли обследованный политик заниматься политикой, годен или негодеи он к президентской службе. "Но ведь можно пойти путем, сходным с освидетельствованием водителей автотранспорта или призывников", — скажет обыватель. Говорят даже так: "Если уж шофер проходит обследование у психиатра, потому что, будь он душевнобольным может натворить бог знает что, почему же политик (к примеру, президент), ответствеиность которого не идет ни в какое сравиение с ответственностью шофера, избегает психиатрического осмотра?"

Думаю, что не является большой тайной тот факт, что психиатрическое обследование призывника или водителя ограничивается просмотром картотеки психоневрологического диспансера и вынесением вердикта — состоит или не состоит имярек на учете. Осмотр начинается только тогда, когда испытуемый на что-либо жалуется. Не вызывает сомнений, что кандидат в президенты жаловаться на собственную психику не будет.

Допустим, что претеидентов на пост президента А., Б. и В. привели-таки в кабинет психиатра. Как их обследовать? Какими способами оценить их психическое здоровье? Для психиатрической диагностики принципиально важным является т.н. "объективный анамнез", т.е. опрос родственников и знакомых обследуемого о его возможных психических расстройствах, нелепостях поведения и бредовых высказываниях.

Если обычно с объективным анамнезом у психиатра проблем не бывает (чаще всего сами родственники становятся инициаторами обращения к психиатру или, если он самостоятельио обращается, то у него есть жалобы на состояние здоровья), то в анализируемом случае родственникам, знакомым и соратникам кандидата в президенты нет никаких резонов давать истинные сведения. Они могут не давать их вовсе.

Это — не суд, где свидетель обязан давать показания. Остается предположить, что эти принципиально важные для диагностики сведения психиатр будет черпать лишь из мемуаров обследуемого, его речей и публичных выступлений. Хотя

не исключено, что политические оппоненты предоставят "нужные материалы". Но их по понятным причинам нельзя отнести к объективным сведениям.

Психиатра в подобном случае оставят без основного инструмента исследования, необходимого для освидетельствования. "Но разве публичных высказываний и поведения кандидата в президенты недостаточно для этого?" — спросит пытливый обыватель.

Согласимся, при очевидной патологии действительно этого может оказаться достаточно. Но ведь речь чаще всего идет не о явной патологии.

Допустим все же, что эксперты станут рассматривать эти данные. К примеру, комиссии психиатров будут доложены факты, что политик А. крайне невыдержан, вспыльчив, груб, конфликтен, склонен к псевдологии (одна ложь в его речах сменяет другую, а при уличении его во лжи он отрицает все, что говорил ранее), явно переоценивает собственные способности, не выносит критики в свой адрес, любит беспрекословного подчинения, строит "грандиозные, фантастические планы", без тени смущения обещает избирателям то, чего сделать по объективным причинам не сможет. На основании перечисленных фактов комиссия может предположить, что А. страдает психическим расстройством в виде психопатии.

О другом кандидате в президенты Б. комиссии, к примеру, станет известно, что он склонен к резким колебаниям настроения — от эйфории с эксцентричным поведением (вплоть до неуместного пританцовывания на светском рауте) до эпизодов плохого настроения с резкостью высказываний и гневливостью -, периодическим употреблением спиртных напитков, нарушающим его рабочий режим. Ставшие известными психиатрической комиссии факты могут привести к заключению о психическом расстройстве Б. в виде алкоголизма.

Предположим, что сведения о третьем кандидате в президенты В. почерпнуты экспертами из периодической печати. Возможно, из них следует, что несколько лет назад после написания научной работы о надвигающемся экономическом кризисе в стране он стал подозрительным, был убежден, что компетентные органы под видом лечения вызвали у него серьезное, чуть не приведшее к смерти заболевание, собирались насильно сделать операцию, удерживали в больнице и специально вводили опасные для жизни препараты, что, по его словам, впоследствии подтвердили японские специалисты. Психиатры-эксперты на основании перечисленных данных могут заподозрить, что Я. перенес несколько лет назад психическое расстройство в виде реактивной паранойи.

Таким образом, смоделированная ситуация приводит к мысли о том, что политическая конкуренция с созданием нового закона может быть заменена конкуренцией диагнозов. Но останется непонятным, ради чего проводить освидетельствование, поскольку не будет получено ответа на вопрос о том, могут ли политики к такими диагнозами быть президентами. Является ли психопатия, алкоголизм или перенесенная паранойя противопоказанием для занятия поста президента?

Следующий дискуссионный вопрос затрагивает деликатную тему врачебной тайны. Если в процессе освидетельствования у обследуемого будут выявлены психические расстройства, имеют ли право психиатры обнародывать их без согласия пациента? Ведь закон гласит, что "сведения о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечения, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной и охраняются законом".

Если принять во внимание, что речь идет об исключительном случае (выборах президента), то можно допустить, что разглашение психиатрами сведений о результатах освидетельствования не будет является нарушением этических норм. Однако, исключительность случая позволит обнародовать лишь диагноз болезни,

но не интимные сведения о жизни, послужившие основанием для постановки диагноза.

Кроме того, не ясно какого заключения ждет от психиатров общественность — развернутого с аргументацией (т.е. именно с теми подробностями, которые должны быть защищены врачебной тайной), с последующим отстаиванием собственной точки зрения в "открытом процессе", на который обследуемый, если он не согласен с заключением экспертов, может пригласить своих психиатров-адвокатов; или же лишь заключения, сформулированного в виде диагноза.

Но, как явствует из приведенного выше анализа, диагноз для непосвященных ничего кроме удовлетворения обывательского интереса не даст, а психиатрическая аргументация уместна лишь в научном споре, а не на трибуне парламента или страницах печати. Может быть психиатр должен наряду с диагнозом привести прогностические критерии? Но и они наверняка окажутся достаточно условными и не смогут удовлетворить общественность.

Анализ и моделирование ситуации обязательного психиатрического освидетельствования политиков показывает, что подобная процедура невозможна, поскольку не способна разрешить поставленную перед ней задачу.

Не вызывает сомнений, что не психиатру следует решать кого пускать, а кого не пускать в большую политику. Вначале избирателю следует обрести душевное равновесие и здравомыслие, выработать в себе неприятие бредовых планов и обещаний политиков, а уж потом предъявлять какие-либо требования к душевному здоровью других. Свое эволюционное дело должен сделать "естественный отбор".

Мы подробно остановились на проблеме возможности психиатрического освидетельствования политических деятелей вследствие того, что он еще долгие годы останется актуальным, и психиатр постоянно будет вовлекаться в его обсуждение.

В ходе социологического исследования специально вопрос о целесообразности психиатрического освидетельствовании политических деятелей не изучался. Однако, было выявлено, что в обычных случаях (не затрагивающих душевного здоровья политиков) за придание гласности и рассекречивание диагнозов психического заболевания высказывается меньшинство. Причем за восемь лет количество отстаивающих такую точку зрения уменьшилось вдвое (с 10,0% до 5,8%). При этом возросло число тех, кто считает, что сведения о душевнобольных должны быть известными только родственникам и близким больного (с 44,4% до 56,0%).

Значимым представляется анализ общественного мнения о том, кого видят виновником того, что информация об обратившихся к психиатрам становится на деле широко известной. Данные социологического исследования этого вопроса отражены в нижеследующей таблице.

Как видно из приведенных в таблице данных, при общем увеличении числа тех, кто считает, что информация об обратившихся к психиатрам становится достоянием многих "заинтересованных

в этом лиц", основными виновниками общество называет работников психиатрических учреждений (видимо имеются в виду средние медицинские работники, а также технический и обслуживающий персонал больниц) и работников отделов кадров, бухгалтерий, которые имеют дело с больничными листами пациентов. При этом следует обратить внимание на тот факт, что врачи-психиатры их списка виновных общественным мнением не исключаются.

Таблица

Результаты социологического исследования мнений о причинах нарушения "тайны пациента" (%)

Мнения опрошенных	Год 1988	1996
По вине врачей	21,6	26,5
По вине других работников психиатрических учреждений	23,9	40,3
По вине людей, занимающихся обработкой б/л по месту работы	28,1	32,5
По вине руководства, запрашивающего нужную информацию в диспансере	14,0	18,5

Полученные в процессе социологических исследований результаты показывают, что общественное мнение о психиатрии, предлагаемые представителями различных социокультуральных групп населения "справедливые" действия по гармонизации взаимоотношений как общества и душевнобольных, так и государства и психиатрии нередко расходятся с законодательно предписанными нормами. Данные социологического мониторинга указывают на ужесточение отношения общества к психически больным, желание обывателя дистанцироваться от них при декларировании гуманного отношения и понимания нужд пациентов. Вследствие этого можно сделать два вывода.

Во-первых, заложенные в принципиально новом и прогрессивном "Законе о психиатрической помощи..." нормы, направленные на гуманизацию отношений между обществом, психически больными и психиатрией, наталкиваются на недопонимание со стороны большой части населения. Главным образом, это обусловлено тем, что общество не смогло адаптироваться к жизни в инако(раз-

но)мыслящем с нерегламентированными нормами поведения окружении, и недостаточно гуманное отношение к душевнобольным стоит в одной ряду с внутренним отторжением обществом любых нетрадиционных (непривычных) проявлений.

Во-вторых, можно утверждать, что демократический характер действующего в настоящее время законодательства в области психиатрии не всегда может быть реализован на практике, поскольку лица, претворяющие в жизнь законодательство (психиатры и медицинский персонал психиатрических больниц) являются носителями того же общественного сознания, традиций и мировоззрения.

Однако, социологические исследования позволяют сделать вывод о том, что формирование представлений о необходимости истинных демократических изменений в психиатрии и при взаимодействии с душевнобольными в среде специалистов идет достаточно активно.

Психиатрия: наука или шарлатанство?

Представление о какой бы то ни было науке складывается зачастую по практическим действиям, вытекающим из ее принципов. В отношении психиатрии это — принципы, положенные а основу деятельности врачей по изоляции пациентов от общества. Именно они приводят к известной и достаточно распространенной среди населения позиции: "Любого здорового человека психиатр может признать больным и насильственно поместить в психиатрическую больницу".

Подобное априорное категоричное представление все же не находит подтверждения в процессе социологического исследования. Однако это не мешает многим делать вывод о субъективности психиатрической диагностики и отказывать психиатрии в признании ее наукой.

Широким бытованием вышеприведенной позиции был обусловлен вопрос респондентам: к какой области можно отнести психиатрию? В 1988 году лишь 62,9% опрошенных причислили ее к медицинской науке. Через восемь лет таких стало больше — 71%. 11,9% раньше и 16,5% сейчас считают возможным отнести ее к социальной, философской науке. Остальные же считают, что психиатрия ничего общего с наукой не имеет, т.к. "не обладает объек-

тивным методом исследования". Часть тех, кто выбрал последний ответ назвали психиатрию "разделом юридической практики, созданной государством для поддержания общественного порядка".

Учитывая тот факт, что основным спорным моментом психиатрии как науки является способ распознавания душевных расстройств, выяснялось отношение населения к диагностическому процессу.

"Узнать и распознать душевную болезнь только на основании беседы психиатра с пациентом можно", — так в 1988 году считали 13,6% опрошенных (через восемь лет — 20,5%). Еще около трети людей выдвигают следующее условие для распознавания болезни — знание врачом всей жизни больного. Остальные (28,1% и 39,3% соотвественно по годам) отдают приоритет таким способам диагностики как анализы и тесты.

Косвенным подтверждением распространенности представлений о субъективности диагностики психических отклонений являются ответы на вопрос, касающийся симуляции душевных болезний. Подавляющее большинство опрошенных (83,9% в 1988 году и 89,0% в 1996 году) считают симуляцию возможной, что говорит и о представлении о трудностях или невозможности ее раскрыть. Спектр лиц, которым доступно симулирование, по мнению опрошенных, широк: от врачей-психиатров, преступников и артистов до душевнобольных.

Ответы на вопрос о возможности симуляции позволяли предугадать ответы о возможности ее распознавания. Ведь симуляции автоматически обозначает ее нераспознанность. Несмотря на это, большинство опрошенных (88,1% и 79,7% соответственно) признают, что симуляция поддается распознаванию. Многие считают этот процесс трудным и поэтому отмечают, что распознать симулирующего могут лишь опытные врачи-психиатры. Наибольший скепсис по этому поводу высказывают рабочие, четверть которых считает невозможным раскрытие симуляции.

Анализируя полученные результаты, можно отметить подтверждение общественной точки зрения о субъективности процесса психиатрической диагностики, которой кстати не отвергают полностью и эксперты. Последние указывают на широкораспространенную практику нацеленности психиатров не на норму, а на выявление симптомов заболевания, гипердиагностику психических расстройств, поиск достижения "диагностического оргазма",

что и приводит к отражению этой практики в общественном сознании.

В ряду вопросов, затрагивающих основополагающие принципы психиатрии, значимым представляется вопрос о гипнозе. К медицинскому, лечебному методу его относили в 1988 году 63,6% опрошенных, а в 1996 году — 66,0%. Остальные либо категорически отвергают его научные истоки, признавая гипноз шарлатанством, либо затрудняются выбрать между первым и вторым ответами.

Особый интерес представляет тенденция, отразившаяся в том, что обыватель, указывая на словах, что гипнозом злоупотребить нельзя, на прямой вопрос: "Злоупотребляют ли врачи гипнозом?" в подавляющем большинстве случаев затрудняется ответить. Зарегистрированный факт демонстрирует существование недопонимания и недоверия у большинства населения к практикованию гипноза и других способов психотерапевтического воздействия.

Резюмируя раздел исследования, касающийся определения отношения общества к психиатрической науке, можно предполагать, что антипсихиатрические воззрения разной выраженности достаточно широко распространены и их не следует игнорировать. Истоки антипсихиатрической позиции видятся не только и не столько в социальных аспектах психиатрии, сколько в малой информированности населения в этой области, а также бытованием разнообразных околомедицинских суеверий.

Действующие лица

Основными действующими лицами "психиатрического спектакля" являются душевнобольные и психиатры. Об отношении общества к душевнобольным указывалось выше. Если говорить о второй стороне, психиатрах, то они выглядят в глазах общества довольно своеобразно.

О психиатрах бытуют разные мнения, многие из которых сформировали негативный стереотип восприятия врачей и не способствуют налаживанию контактов врача с пациентом. Так, распространенным считается представление о душевном своеобразии и даже нездоровье психиатров, особых манерах поведения врачей этой специальности. Известно, ироничное описание отрешенной, неестественной "улыбки психиатра".

С целью выявления распространенности подобных представлений обывателю задавался вопрос о психике психиатра. Мнение о том, что психиатры в большинстве своем душевнобольные разделяют лишь 3,0% респондентов (ср. с тем, что 2,0% считают психиатров более устойчивыми к психическим болезням, а около 20% назвали психиатров наиболее здоровыми в психическом отношении людьми). Самооценка экспертов такова: половина из них признала, что психиатры чаще, чем люди иных профессий страдают душевными болезнями.

Одним из важных является анализ вопроса о том, какие качества необходимы психиатру. Если эксперты были единодушны и главным признали знания по своей специальности, то спектр ответов опрошенных был широк. Знаниям в 1988 году отдали приоритет 56,5% респондентов, в 1996 году — 69,0%, около 10% опрошенных считают принципиальным для психиатра обладание деликатными и мягкими манерами, столько же опрошенных отдают предпочтение высокому интелекту. Кроме того, существует точка зрения о важности обладания психиатром "располагающей к себе внешностью" (3,3%).

Обобщая результаты социологического исследования общественного мнения о психиатрии, хочется отметить отчетливую тенденцию игнорирования многими людьми интересов душевнобольных при отсутствии достаточно полной и адекватной информации о психических заболеваниях, их причинах и прогнозе.

Длительный застойный период отечественной психиатрии, обслуживавшей государство, ограждавшей бюрократическую машину от непредвиденных действий инакомыслящих в ущерб и многим здоровым и душевнобольным, скомпрометировал в глазах общественности как психиатрическую науку, так и психиатрическую практику.

Результаты социологического мониторинга позволяют отметить устойчивую доминанту недоверия населения и по отношению к психиатрам, все это потребовало решительных шагов по правовому обеспечению всех психиатрических мероприятий, действительной гуманизации психиатрической службы, что и отразилось в принятии в 1992 году Закона Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" (который прокомментирован в главе 7).

Квалификация врача, и особенно врача-психиатра, включает в себя как минимум два качества. Во-первых, это уровень знаний и навыков, которыми обладает он; во-вторых, использование в профессиональной деятельности нравственных принципов. Ни в какой иной специальности нет такой взаимообусловленности этических и профессиональных качеств человека. Именно вследствие этого обстоятельства врач принимает клятву, облекая себя обязанностью следовать определенным моральным канонам.

Согласно определению, медицинская этика и деонтология — это совокупность этических норм и принципов поведения медицинского работника при выполнении им своих профессиональных обязанностей. Этика определяет законы морали и нравственности, нарушение которых зачастую не ведет к уголовной или административной ответственности, но приводит к нравственному суду, «суду чести». Этические нормы поведения достаточно динамичны. В первую очередь, они подвержены влиянию общественных факторов и норм общественной морали. Учитывая тот факт, что психическая болезнь имеет непосредственное отношение к нарушению общественных норм, а действия психиатров и медицинских работников в области психиатрии носят характер социально значимых, этические аспекты психиатрической науки и практики можно назвать одними из наиболее актуальных в медицине.

Этические нормы поведения врача, разработанные еще Гиппократом, в настоящее время все чаще подвергаются критическому анализу. Социальные изменения способствуют тому, что многие постулаты Гиппократа входят в противоречие с сегодняшними понятиями о добре и зле, благе и вреде и т. д.

В целом можно говорить, что в связи с психиатрией этическая проблема звучит так: «Что из врачебных воздействий на пациента следует считать добром для него, а что злом?» Ответ на этот вопрос будет зависеть от того, в какой системе координат находится психиатрия. В рамках ортодоксальной психиатрии этические приоритеты расставлены с одной направленностью, при антипсихиатрической позиции отмечается другая, для феноменологической психиатрии приоритеты расставляются отлично от тех и других.

Ортодоксальная психиатрия в формировании этических требований исходит из представления о приоритете государства над личностью, феноменологическая психиатрия придерживается прямо противоположной точки зрения. Вследствие этого один и тот же поступок может оцениваться и как безнравственный, и как высоконравственный. Например, долгие годы доминирования в нашей медицине ортодоксальной психиатрии обусловливали приписывание морально высоких категорий поведению врача при изоляции пациентов диссидентов от общества за «антиобщественную деятельность». Этическое обоснование строилось на выборе «добродетели» для него (и за него). Психиатр был убежден, что морально оправданно помещение такого пациента за стены психиатрической больницы, а не за решетку тюрьмы. Ведь по логике врача больница лучше тюрьмы. Но, заметим, пациента о добродетельной стороне того или иного действия врача никто не спрашивал. Подразумевалось, что это очевидно, и что пациент должен быть благодарен врачу за подобные действия, когда тот «рискует ради справедливости». В других случаях при доминировании ортодоксальной психиатрии врач считает нравственным поступком гипердиагностику (в качестве перестраховки) — к примеру, если человек высказывает суицидальные мысли, то добром для «него же самого» будет нахождение (пусть временное) в стенах психиатрической лечебницы, а злом — остаться наедине с собственными мыслями и риск суицидального поведения.

Феноменологическая психиатрия собственные этические приоритеты расставляет, исходя из представления о доминировании прав личности над правами государства, общества.

В области психиатрии наиболее спорными в отношении нравственной оценки и потому актуальными остаются такие процессы и процедуры, как конфиденциальность, эвтаназия, компетентность, паттернализм, оказание помощи шоковыми методами терапии и некоторые другие. Ниже будут проанализированы наиболее значимые аспекты этических взаимоотношений в психиатрии.

Конфиденциальность

Вопрос о нравственной оценке конфиденциальности (разглашении врачебной тайны — интимных сведений, которые стали

известны медицинским работникам в процессе обследования и терапии пациента) до настоящего времени остается одним из наиболее важных в области психиатрической этики. Ведь конфиденциальность в традиционном понимании подразумевает неразглашение сведений о больном, сохранение тайны болезни практически во всех без исключения случаях. В противном случае, если не будет гарантирована конфиденциальность, т. е. будут нарушены основополагающие этические принципы, к психиатрам добровольно не станут обращаться или при вынужденном обращении будут скрывать от них важные для диагностики и лечения сведения.

Проблема заключена в том, что психически больной в связи со своим заболеванием может представлять общественную опасность и пытаться совершить преступление против близких родственников, знакомых, врачей или общества в целом, а врач-психиатр может быть ограничен рамками врачебной тайны для того, чтобы предотвратить преступление.

Раньше подобная проблема решалась в пользу общества и «душевно здорового большинства». Т.е. добродетелью считалась однозначная помощь обществу в ущерб личности. В учебниках, по которым продолжают учиться будущие врачи, написано: «В условиях советского государства общественные интересы народа настолько актуальны, что запрещение врачу раскрывать секреты, почерпнутые из общения с больным, принесло бы вред общему делу». При этом общественные интересы незаслуженно расширялись.

Сегодня законодательно ограничены ситуации, при которых допустимо нарушать принцип конфиденциальности — случаи непосредственной опасности, связанной с психопатологическими расстройствами больного для окружающих. Однако за рамками закона остаются многие ситуации, не носящие характер непосредственной социальной опасности. К примеру, ситуация с сообщением без согласия больного его родственникам диагноза заболевания. Что признать этически оправданным, «добродетельным» — сообщение жене о шизофрении, распознанной у ее мужа или укрытие этого факта? Добродетель в отношении кого более справедлива — в отношении больного мужа, который не хотел бы потерять семью вследствие реакции жены на диагноз или в отношении жены, которая на основании знаний об истинном диагнозе болезни мужа могла бы строить новую жизнь? Врач решает эту за-

дачу в настоящее время «индивидуально», но часто на основании собственных представлений о благе и вреде. Думается, что этот этический ребус должен всегда решаться в пользу больного. И сообщение близким родственникам диагноза его заболевания должно основываться только на доброй воле пациента.

В практике могут встречаться еще более трудные в этическом отношении ситуации. Предположим, что к психиатру обращаются родители, усыновившие ребенка и через пять лет после усыновления отмечающие у него психические отклонения. Что считать этически правильным поступком — сообщение им о наличии, к примеру, врожденного и терапевтически резистентного умственного дефекта у ребенка и тем самым невольное подталкивание к возврату ребенка в детский дом или же занятие позиции защиты ребенка и умолчания истинного диагноза заболевания?

Не менее психологически и этически сложными оказываются случаи, при которых сам пациент требует дать ему полную информацию о его психической болезни. Этически оправданным можно считать информирование пациента, но только в такой форме, которая не приведет к ухудшению его психического состояния или суициду.

Одной из наиболее острых, дискуссионных и общественно значимых сторон конфиденциальности при психических заболеваниях являются ситуации, когда психически больным является лицо, занимающееся политикой, претендующее или занимающее один из важных государственных постов. Вопрос стоит так: «Ввести ли в законодательство необходимость психического освидетельствования государственных деятелей или оставить решение этого вопроса на этическом уровне?» Поскольку данный вопрос актуален и видимо будет актуален многие годы, позволим себе проанализировать сложившуюся ситуацию.

В научных кругах обсуждение этого вопроса переместилось из сферы гуманистики и этики в плоскость целесообразности. «Допустим, депутат или лицо, претендующее на пост президента страны болен шизофренией или психопатией, разве правильным было бы скрывать этот факт от его избирателей?» — вопрошают многие, требуя отменить принцип конфиденциальности, в виде исключения, для политических деятелей. В связи с этим возникает масса вопросов. Во-первых, допустим, что принцип «исключение из правил» будет принят, кого следует включать в

список лиц, диагноз болезни которых врач обязан сообщать? Только президента или еще вице-президента, председателя палат федерального собрания, а может быть и депутатов Государственной думы или глав администрации района? Во-вторых, что будет обязан сообщать врач (или комиссия экспертов) о своих пациентах — только диагноз болезни или еще аргументы для его доказательства? В-третьих, что следует из того заключения, что важная государственная персона страдает «психоорганическим синдромом травматического генеза»? Дает ли это основание какому-либо государственному органу лишить его своего поста. Или следует провести на основании врачебного заключения слушания в Думе: годен или негоден в связи с психопатией имярек занимать свой высокий пост? Но ведь диагноз, к примеру, психопатии не позволяет сам по себе поражать человека в гражданских правах.

Приведенные размышления о возможности разглашения врачебной тайны «в виде исключения» для политических деятелей убеждают, что законодательный подход к этому вопросу бесперспективен и нецелесообразен.

Эвтаназия

Проблема эвтаназии или добровольного безболезненного лишения себя жизни стоит достаточно остро в общей медицине. По отношению к психиатрии, особенно на обывательском уровне, более остро стоит проблема «добродетели при сохранении жизни и возможности продолжать свой род умственно отсталых или лиц с врожденными психическими отклонениями». Считается, и с каждым днем подобное мнение укрепляется и находит все больше сторонников, что психически больные должны быть принудительно стерилизованы.

Стоит напомнить, что программа физического уничтожения душевнобольных во времена третьего рейха в Германии включала ряд последовательных этапов: 1) стерилизацию, которой подлежали больные шизофренией, циклотимией, наследственной эпилепсией, хореей Гентингтона, наследственной слепотой и глухотой, алкоголизмом, умственной отсталостью; 2) уничтожение детей с физическими и умственными недостатками; 3) акцию «Т4» — постепенное полное физическое уничтожение взрослых психически больных к 1945 году (J. E. Meyer).

Подобное напоминание естественно не может служить обоснованием точки зрения о том, что принудительная стерилизация психически больных аморальна. Но для этого и не требуется никаких обоснований. Если интересы личности (любой — здоровой или больной) поставить над государственными и общественными, то вопрос снимется автоматически.

Более сложна проблема суицидального поведения. И, в частности, определение допустимой меры вторжения в жизнь психически больного человека. Взаимоотношения с душевнобольным, находящимся в психотическом состоянии и пытающимся покончить с собой, справедливо строятся на законодательной основе — если наблюдается сочетание признаков психического заболевания (психоза) и суицидального поведения, им обусловленного, пациент нуждается в неотложной госпитализации. Если же пациент, находится, к примеру, в состоянии невротической депрессии и высказывает суицидальные мысли, то, видимо, следует подходить к его высказываниям и намерениям в соответствии с этическими принципами, т.е. врач должен попытаться разубедить человека в необходимости совершить самоубийство, но при этом врачу следует понимать, что человек имеет право как на жизнь, так и на смерть (если он психически здоров). И этически оправданным был бы именно такой диалектический подход.

Паттернализм

Паттернализм так же, как и вышеперечисленные параметры, можно отнести к этическим проблемам психиатрии. Суть его заключается в этической оценке возможности и допустимости принятия психиатром на себя роли человека, диктующего душевнобольному, как тому следует поступать в жизни. Зачастую врач распространяет свое влияние на области жизни пациента, которые не имеют непосредственного отношения к его болезни. В частности, врач берет на себя ответственность за категорические рекомендации по поводу замужества и женитьбы, разводов, деторождения, поступления на работу или увольнения с нее. К примеру, пациентка с невротическими расстройствами, возникшими после измены супруга, может попросить у врача-психиатра совета по поводу возможности и целесообразности дальнейшей совместной жизни с мужем. Врач не имеет этического права давать совет,

поскольку любой из них будет обосновываться не медицинскими, а его собственными нравственными критериями. Противоположностью паттернализма является взаимоотношения врача и пациента на платформе сотрудничества и партнерства.

«Реконструкция личности» при психотерапии

Этическая проблема, обозначенная «реконструкцией личности» возникла не так давно. Особенно активно психотерапевтические методики, использующие методы «реконструкции», стали появляться в последнее время. Суть проблемы заключается в том, насколько оправданной с этической точки зрения является вторжение в личностную структуру пациента и изменение ее с целью излечения от разнообразных психических расстройств. Пациент, вручая себя врачу, может не догадываться о том, что в процессе терапии будет происходить изменение его мировоззрения — реконструкция личности. С другой стороны, даже если пациент согласен на подобную процедуру, соответствуют ли нормам морали и медицинской деонтологии подобные действия. Подобное возможно лишь в случаях, когда пациент отдает себе отчет в том, к какому состоянию стремится подвести его психотерапевт, и добровольно идет на это.

Отдельно следует сказать о психотерапевтических методиках, которые используют нетрадиционные воздействия, которые могут повлечь ухудшение состояния больного, к примеру, «голотропное дыхание» по С. Грофу.

Лечение без согласия

Сложной этической проблемой остается обоснованность терапии пациента без оповещения его о назначаемых лекарствах, механизмах их действия, побочных эффектах. Недопустимым следует считать назначение антипсихотических препаратов (подбрасывание в пищу) человеку, который не знает об их приеме.

Компетентность

На первый взгляд категория компетентности не относится к этическим нормам. Однако это относится к случаям недостаточной компетентности — недостаточные знания и навыки в области

профессиональной деятельности. С этических позиций интерес представляет расширение границ компетентности, когда в профессионально проводимый анализ включаются, наряду с традиционными клиническими феноменами (психопатологическими симптомами и синдромами), психологические проявления. При этом, как правило, происходит гипердиагностика — приписывание обычным психологическим феноменам характера патологии. Справедливо в связи с этим замечание В. А. Тихоненко и Г. М. Румянцевой (1990), когда психиатр грусть или печаль называет субдепрессией, гнев — дисфорией, увлеченность — гипопаранойяльностью, враждебность — гипопараноидностью и т. д. На психиатрическом жаргоне процесс подобной подмены точно назван «профессиональным кретинизмом». В связи с этим еще раз следует обратиться к феноменологическому методу и назвать обязательным с профессиональной и этической точек зрения принцип иметь при диагностическом поиске альтернативные психолого-психиатрические определения для каждого из обнаруживаемых феноменов (к примеру, амбивалентность-нерешительность, резонерство-демагогия, аутизм-интраверсия и т. д.).

Экстрасенсорика

Отношение к экстрасенсорике в психотерапевтической и психиатрической практике можно также отнести к этической области. Этическому осмыслению подлежит врачебная оценка экстрасенсориальных воздействий и рекомендации психически больным по поводу применения или отказа от применения подобных нетрадиционных методов терапии. Что считать этичным — врачебный запрет пациенту обращаться к экстрасенсам и ясновидящим или поощрение этих действий? Насколько этичным будет размышление типа: «Раз помогает — значит хорошо»? Если врач как представитель науки и научного мировоззрения поощряет распространение мифологического мышления, то следует ли признать его поступки этичными. Думается, что нельзя.

Этических проблем современной психиатрии значительно больше, чем перечислено в этой главе, однако наиболее дискуссионными считаются именно они.

Взаимоотношения общества и психиатрии, к которым относятся взаимоотношения общества с душевнобольными, с психиатрами, с медицинским персоналом психиатрических учреждений, могут строиться многообразно. Эти взаимоотношения могут регулироваться этическими принципами, когда врач строит лечебно-диагностический процесс на основании собственных этических требований; принципами, заложенными государственными чиновниками в нормативные документы, и тогда врач обязан ориентироваться на указы и постановления органов управления; законодательством, обязывающим врача действовать в соответствии с законом и отражающим меры ответственности за несоблюдение закона.

В различных положениях описанной выше маятникообразной системы взаимоотношений общества и психиатрии возможны разные трактовки понимания необходимости правовых основ этого взаимодействия. При ортодоксальной психиатрии принято целесообразным использование указного стиля взаимоотношений, при феноменологической психиатрии — законодательного. Это связано с тем, что основой ортодоксальной психиатрии является принцип доминирования прав общества над правами отдельной личности, а для феноменологической психиатрии права отдельной личности объявляются превыше прав общества, но учитывается и принцип социальной справедливости, неотделимости свободы личности от свободы общества (т. е. других личностей). Феноменологический подход позволяет избежать субъективности в подходе к душевнобольным и разработать справедливые, гармоничные принципы и процедуры взаимодействий общества и психиатрии.

По мнению С.В.Бородина и В.П.Котова, любой закон о психиатрии должен быть направлен на решение четырех основных задач: 1) защиту прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи от необоснованного вмешательства в их жизнь; 2) защиту лиц, страдающих психическими расстройствами, от необоснованной дискриминации в обществе на основе психиатрического диагноза, а также фактов обращения за психиатрической помощью; 3) защиту общества от возможных опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами; 4) защиту врачей, медицинского персонала и иных специали-

стов, участвующих в оказании психиатрической помощи, предоставлении им льгот как работникам, действующим в особо опасных, тяжелых условиях труда, а также обеспечение независимости психиатра при принятии решений, связанных с оказанием психиатрической помощи, от влияния третьих лиц, включая представителей администрации и органов управления.

Таким образом, принцип справедливости взаимоотношений общества и психиатрии отражает необходимость обоюдной справедливости без ущерба для одной из взаимодействующих сторон. Следует сказать, что на его понимание воздействуют этические принципы общества, находящие отражение в общественном мнении (см. предыдущую главу), общественно-политические процессы и пр. Вследствие этого, путь к признанию необходимости законодательной регламентации взаимоотношений общества и психиатрии имеет длинную и извилистую историю.

Первый всеохватывающий закон об обращении с «умалишенными» был принят более 150 лет назад во Франции. Согласно этому закону душевнобольной приравнивался к страдающему физически и поэтому объявлялся нуждающимся в уходе и защите общества. В Англии правила задержания общественно опасных больных и обеспечения минимальных стандартов помощи в частных и государственных убежищах для умалишенных, которые стали основой существующей правовой системы больничной службы Англии и Уэльса, были утверждены в XVIII веке. В США свод законов о психическом здоровье был принят в первой половине XIX века. С середины XIX века новые защитные механизмы в психиатрической службе были введены во многих странах Европы. С этого времени стала гарантироваться помощь адвокатов, независимая оценка состояния больного врачом, право на «беспристрастное и публичное слушание дела в справедливом суде», был усовершенствован порядок подачи апелляций больными, которые получили право через суд опротестовывать решение о госпитализации. Под давлением общественности в ряде стран законодательные органы приняли законы, ужесточающие контроль за госпитализацией и выпиской из психиатрических учреждений с целью устранения возможности неправомерной госпитализации. Так, в 1848 году парламент Великобритании принял закон, в соответствии с которым комиссия по делам душевнобольных получала право проводить расследование условий содержания пациентов в психиатрических лечебницах и требовать периодических отчетов адми-

нистрации больницы о состоянии здоровья их пациентов (цит. по И. Я. Гуровичу, Е. Б. Любову, А. Б. Шмуклеру, 1989).

Из наиболее значительных законодательных мер в области психиатрии XX века явился Закон о психическом здоровье в Англии и Уэльсе (1959) и законодательные акты многих штатов США. Суть их заключалась в поощрении добровольной госпитализации в психиатрические больницы в противовес «принудительной», которая расценивалась как «унизительная для пациентов и членов их семей». Существенное влияние на взаимоотношения общества и психиатрии оказало распространение антипсихиатрических воззрений в США и Западной Европе в середине XX века. Основанием для недобровольной госпитализации, к примеру, в большинстве штатов США, являлась лишь «явная опасность» психически больного по отношению к себе или окружающим. При этом психически больные, нуждавшиеся в медицинской помощи оказывались в связи со своим неадекватным поведением не в больнице, а за тюремной решеткой. Наиболее шокирующим оказалось событие в 1978 году в Сиэтле, когда супружеская пара была убита молодым соседом, которому за час до того было отказано в госпитализации в психиатрическую лечебницу.

В Европе наибольшую известность приобрела итальянская психиатрическая реформа 1978 года, по которой были прекращены первичные госпитализации в психиатрические больницы, и душевнобольные пациенты оказались в общесоматических больницах.

В России, согласно исследованиям В. П. Осипова, первые законодательные меры в отношении душевнобольных были приняты в Уложении 1669 года. В соответствии с ними душевнобольные приравнивались к глухим и малолетним и освобождались от дачи свидетельских показаний в уголовных делах. В 1723 году Петр I возложил на главный магистрат обязанность устройства госпиталей и запретил направлять «сумасбродных и под видом изумления бываемых» в монастыри. Затем в 1762 году вновь было разрешено отдавать душевнобольных «под начало в монастыри». Лишь в 1775 году был издан устав Приказов общественного призрения, в компетенцию и обязанность которых входило учреждение специальных домов для умалишенных.

В советское время отечественная психиатрия развивалась в прямой зависимости от политических и общественных процессов, которые создали условия для развития ортодоксальной психиатрии, долгие годы существовавшей на основании указов и поста-

новлений органов управления. Лишь в 1992 году был принят Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», совершивший переворот во взаимоотношениях общества и психиатрии и поставивший их на правовые рельсы. Он регламентирует законные права граждан, врачей-психиатров и иных участников психиатрического действа, а также устанавливает ответственность за нарушение данного закона: административную, дисциплинарную, гражданскую и даже уголовную, к примеру, за незаконное помещение в психиатрическую больницу.

В данной главе будут рассмотрены и прокомментированы основные правовые принципы и процедуры, на базе которых происходит сегодня оказание психиатрической помощи в России: добровольность обращения за психиатрической помощью, права лиц, страдающих психическими расстройствами, основания для проведения психиатрического освидетельствования, диспансерного наблюдения, госпитализации в психиатрический стационар, применения принудительных мер медицинского характера и некоторые другие. Условно законодательные регламентации можно разделить на две группы — первые закрепляют права больных, вторые устанавливают права и обязанности врачей, а также принципы и процедуры при оказании психиатрической помощи.

1. ПРАВА ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Добровольность обращения за психиатрической помощью (статья 4)

- Психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица или с его согласия, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Законом.
- Несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет, а также лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей в порядке, предусмотренном настоящим Законом.

Права лиц, страдающих психическими расстройствами (статья 5)

- Лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации, Конституциями республик в составе Российской Федерации, законодательст-

вом Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации. Ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами Российской Федерации.

- Все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на:
  - уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства;
  - получение информации о своих правах, а также в доступной форме и с учетом их психического состояния информацию о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения;
  - психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства;
  - содержание в психиатрическом стационаре только в течение срока, необходимого для обследования и лечения;
  - все виды лечения (в том числе санаторно-курортное) по медицинским показаниям;
  - оказание психиатрической помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
  - предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний медицинских средств и методов, научных исследований или учебного процесса, от фото-, видео- или киносъемки;
  - приглашение по их требованию любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи, с согласия последнего для работы во врачебной комиссии по вопросам, регулируемым настоящим Законом;
  - помощь адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном законом.
- Ограничение прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, только на основании психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением, в психиатрическом стационаре, либо в психоневрологическом учреждении для социального обеспечения или социального обучения не допускается. Должностные лица, виновные в подобных нарушениях, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации.

Статья 5 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» направлена, в первую очередь, на защиту пациента от произвола государства. В рамках закона четко регламентированы права лиц, страдающих психическими расстройствами, что подразумевает запрет любого

действия, направленного на ущемление этих прав. Особо следует отметить такие права, которые при ортодоксальной психиатрии только декларируются, но не гарантируются. В первую очередь, это относится к праву пациента на уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства. Смысл его заключается в гарантировании душевнобольному всего комплекса гуманного отношения: от создания нормальных с точки зрения санитарно-гигиенических требований условий пребывания, например, в психиатрическом стационаре до права получения этой помощи в наименее ограничительных условиях. Несомненно важным является право пациента на получение информации о своих правах, об имеющемся психическом расстройстве и применяемых методах лечения. Больной в соответствии с Законом и по собственному усмотрению, имеет право соглашаться и отказываться от применения тех или иных медицинских препаратов и методов лечения. В сферу этических взаимоотношений перемещены способ и форма сообщения больному информации об имеющихся у него психических расстройствах и применяемых методах терапии при гарантированности возможности получить эту информацию. Несомненно важное значение имеет право пациента на содержание в психиатрическом стационаре только в течение срока, необходимого для обследования и лечения.

Согласие и отказ от лечения (статьи 11 и 12)

- Лечение лица, страдающего психическим расстройством, проводится после получения его письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой настоящей статьи.

- Врач обязан предоставить лицу, страдающему психическим расстройством, в доступной для него форме и с учетом его психического состояния информацию о характере психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О предоставленной информации делается запись в медицинской документации.

- Согласие на лечение несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, а также лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, дается их законными представителями после сообщения им сведений, предусмотренных частью второй настоящей статьи.

- **Лечение может производиться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя только при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным Уголовным кодексом РФ, а также при недобровольной госпитализации по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона. В этих случаях, кроме неотложных, лечение применяется по решению комиссии врачей-психиатров. В отношении лиц, указанных в четвертой части настоящей статьи, применение для лечения психических расстройств хирургических и других методов, вызывающих необратимые последствия, а также проведение испытаний медицинских средств и методов не допускается.**

- **Лицо, страдающее психическим расстройством, или его законный представитель имеют право отказаться от предлагаемого лечении или прекратить его, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой статьи 11 настоящего Закона.**

- **Лицу, отказавшемуся от лечения, либо его законному представителю должны быть разъясиены возможные последствия прекращения лечения. Отказ от лечения с указанием сведений о возможных последствиях оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра.**

Как следует из статей 11 и 12 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» пациент обладает правом соглашаться или отказываться от лечения в случаях, когда он не представляет так называемую социальную опасность и проходит лечение в стационаре в добровольном порядке. Наиболее значимым в статье 11 является понятие «информированного согласия», заключенное во втором параграфе. По определению закона, в частности американского Закона «О гражданском задержании» АПА (1982) под информированным согласием понимается «письменно заверенное, добровольное и осведомленное решение подвергнуться лечению, принятое человеком, способным понять разъяснения медицинского персонала учреждения о характере и эффекте терапии». Информированное согласие основано на предоставлении пациенту как можно большего количества правдивой информации о лечении.

При этом Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» не обязывает врача при получении согласия на лечение сообщать пациенту бук-

вальную формулировку психиатрического диагноза. Сообщая пациенту о методах лечения, врач-психиатр должен сказать, будут ли применяться лекарственные препараты и в каком виде, или предполагается лечение инсулинкоматозной, электросудорожной терапией, или лечение будет преимущественно психотерапевтическим, разгрузочно-диетическим, физиотерапевтическим и т.п., объяснив, почему именно этот метод, а не другой (альтернативный) показан в данном случае (С. В. Бородин, В. П. Котов).

В статье 12 наиболее важным замечанием следует признать возможность больного не только отказаться от лечения в случаях, когда это позволительно по психическому состоянию, но и прекратить лечение на любой его стадии, даже если ранее он дал на него добровольное согласие. Однако это может повлечь постановку администрацией больницы вопроса о выписке. Право отказа от лечения — одно из позднейших достижений восстановления гражданских прав институализированных больных (L. S. Rubenstein). Оно символизирует отказ от принципов паттернализма.

Меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи (статья 30)

- Стационарная психиатрическая помощь осуществляется в наименее ограничительных условиях, обеспечивающих безопасность госпитализированного лица и других лиц, при соблюдении медицинским персоналом его прав и законных интересов.

- Меры физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации и пребывании в психиатрическом стационаре применяются только в тех случаях, формах и на тот период времени, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц, и осуществляются при постоянном контроле медицинского персонала. О формах и времени применения мер физического стеснения или изоляции делается запись в медицинской документации.

- Сотрудники милиции обязаны оказывать содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольной госпитализации и обеспечивать безопасные условия для доступа к госпитализируемому лицу и его осмотра. В случаях необходимости предотвращения действий, угрожающих жизни и здоровью окружающих со стороны госпитализируемого лица или других лиц, а также при необходимости розыска и задержания лица, подлежащего госпитализации, сотрудники милиции действуют в порядке, установленном Законом «О милиции».

В статье 30 имеется указание еще на некоторые права пациента. Это права на наименее ограничительные, щадящие меры в случаях, когда госпитализация осуществляется в недобровольном порядке. Имеется в виду, чтобы эти меры не оказались чрезмерными и способными принести вред самому больному, к примеру, вызвать у него переломы, увечия. Считается, что пациент может быть фиксирован к кровати с помощью эластичных полос материи, ремней, которыми закрепляются руки выше лучезапястных суставов и ноги выше голеностопных суставов.

Права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах (статья 37)

- Пациенту должны быть разъяснены основания и цели помещения его в психиатрический стационар, его права и установленные в стационаре правила на языке, которым он владеет, о чем делается запись в медицинской документации.
- Все пациенты, находящиеся на лечении или обследовании в психиатрическом стационаре, вправе:
  - обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из психиатрического стационара и соблюдения прав, предоставленных настоящим Законом;
  - подавать без цензуры жалобы и заявления в организации представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд и адвокату;
  - встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине; исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, в том числе пост, по согласованию с администрацией иметь религиозную атрибутику и литературу;
  - выписывать газеты и журналы; получать образование по программе общеобразовательной школы или специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития, если пациент не достиг 18 лет;
  - получать наравне с другими гражданами вознаграждение за труд в соответствии с его количеством и качеством, если пациент участвует в производительном труде.
- Пациенты имеют также следующие права, которые могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача заведующим отделением или главным врачом в интересах здоровья или безопасности других лиц:
  - вести переписку без цензуры;
  - получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы;

- пользоваться телефоном;
- принимать посетителей;
- иметь и приобретать предметы первой необходимости и пользоваться собственной одеждой.

- Платные услуги (индивидуальная подписка на газеты и журналы, услуги связи и так далее) осуществляются за счет пациента, которому онн предоставляются.

Статья 37 направлена на сохранение прав пациентов, поступивших в психиатрический стационар как на добровольной основе, так и по недобровольной госпитализации. Следует отметить разделение прав на безусловные, гарантированные вне зависимости от психического состояния пациента (параграф 2) и права, которые могут быть ограничены в связи с особым психическим состоянием пациента (параграф 3). Ограничение некоторых прав может быть обусловлено исключительностью случаев, должно иметь указание срока его действия, который, как правило, не должен превышать двух недель (С. В. Бородин, В. П. Котов).

Порядок и сроки обжалования (статья 47)

- Действия медицинских работников, нных специалистов, работников социального обеспечения и образовання, врачебных комиссий, ущемляющие права и законные интересы граждан при оказании им психиатрнческой помощи, могут быть обжалованы по выбору лица, приносящего жалобу, непосредственно в суд, а также в вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу) или прокурору.
- Жалоба может быть подана лнцом, чьи права и законные интересы нарушены, его представителем, а также организацией, которой законом или ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан, в месячный срок, исчисляемый со дня, когда лицу стало известно о совершении действий, ущемляющих его права и законные интересы.
- Лнцу, пропустнвшему срок обжалования по уважительной причине, пропущенный срок может быть восстановлен органом илн должностным лицом, рассматрнвающим жалобу.

Вышеперечисленные правовые принципы, отраженные в законе, непосредственно затрагивали права людей, сталкивающихся с психиатрической службой. Далее будут приведены правовые принципы, по которым оказывается психиатрическая помощь, т.е. права и обязанности противоположной стороны в психиатрическом действе.

2. ПРИНЦИПЫ И ПРОЦЕДУРЫ ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Одним из наиболее социально значимых является принцип недобровольного помещения человека в психиатрическую больницу. Как было показано в предыдущей главе, он по-прежнему остается спорным и актуальным вопросом взаимоотношений общества и психиатрии.

В Законе Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» имеется ряд статей, отражающих означенные принципы, наиболее значимые из которых будут приведены ниже.

Основания для госпитализации в психиатрический стационар (статья 28)

- Основаниями для госпитализации в психиатрический стационар являются наличие у лица психического расстройства и решение врача-психиатра о проведении обследования или лечения в стационарных условиях либо постановление судьи.
- Основанием для помещения в психиатрический стационар может быть также необходимость проведения психиатрической экспертизы в случаях и порядке, установленных законами РФ.
- Помещение лица в психиатрический стационар, за исключением случаев, предусмотренных статьей 29 настоящего Закона, осуществляется добровольно — по его просьбе или с его согласия.
- Несовершеннолетний в возрасте до 15 лет помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его родителей или иного законного представителя. Лицо, признанное в установленном порядке недееспособным, помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его законного представителя. В случаях возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя помещение несовершеннолетнего в психиатрический стационар проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд.
- Полученное согласие на госпитализацию оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра.

Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке (статья 29)

> **Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законных представителей до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обусловливает:**
>
> **а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или**
>
> **б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или**
>
> **в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.**

Статьи 28 и 29 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» регулирует помещение человека в психиатрический стационар. При этом однозначно указывается на тот факт, что поместить в психиатрический стационар можно лишь психически больного человека, т.е. лицо, страдающее психическим расстройством. Одним из важных аспектов правового регулирования являются основания для помещения в психиатрический стационар ребенка или подростка, недостигшего пятнадцатилетнего возраста. Для этого, в соответствии с Законом, требуется согласие обоих родителей, получение которого на практике оказывается проблематичным.

Недобровольная госпитализация, как приведено в статье 29 Закона, осуществляется при наличии одного из трех критериев, означенных в статье. По данным С.В.Бородина и В.П.Котова, критерий непосредственной опасности для себя или окружающих применим к категориям лиц с тяжелыми психическими расстройствами, т.е. расстройствами психотического уровня или выраженного психического дефекта. Также как критерий беспомощности, т.е. неспособности самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности. Такие больные расцениваются как представляющие «пассивную опасность» для себя. Критерий причинения существенного вреда здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи, применяется чаще по отношению к лицам, с маниакаль-

ными состояниями, явлениями психомоторного возбуждения, переоценкой своих возможностей, сексуальной расторможенностью, когда психическое состояние пациента вызывает на момент приступа значительные семейные, материальные, производственные осложнения, компрометирует больных в глазах окружающих, сослуживцев, родных и в последующем может сказаться на уровне социально-трудовой адаптации этих пациентов.

В качестве примера необходимости использования третьего из перечисленных критериев приведем случай из практики.

Одним из проявлений психической болезни пациентки К., находившейся на инвалидности, являлось то, что она в течение всего дня звонила по телефону на службу знакомому мужчине и объяснялась ему в любви. Происходило это через каждые три минуты на протяжении нескольких дней. Естественно, что весь рабочий день ее «возлюбленного» был занят тем, что он поднимал трубку телефона. Когда его сослуживец в довольно резкой форме объяснил девушке, что она занимает служебный телефон личными разговорами, К. неожиданно для него переключила свой любовный интерес на никогда прежде не виденного и не слышанного ею мужчину. Вскоре она уже знала по именам всех мужчин организации, и тому, кто первым брал трубку, «изливалась в любви». Происходило это с прежней частотой в течение нескольких месяцев. Анализ данного клинического случая показал, что пациентка находилась в этот период в состоянии обострения ее психического состояния, однако мать больной категорически отказывалась госпитализировать больную в психиатрический стационар, а «невольные жертвы ее любви» грозили подать в суд за хулиганские действия. По психическому состоянию девушка не представляла непосредственной опасности себе или окружающим, однако она своим поведением, с одной стороны, дезорганизовывала деятельность целого учреждения (дозвониться до него по служебным делам было невозможно), с другой, своими поступками она компрометировала себя перед знакомыми и окружающими. Вследствие чего можно было госпитализировать пациентку в психиатрический стационар, используя права, данные законом, и трактуемые как необходимость госпитализации вследствие причинения существенного вреда здоровью из-за ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Обращение в суд по вопросу о госпитализации в недобровольном порядке (статья 33)

- Вопрос о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона, решается в суде по месту нахождения психиатрического учреждения.
- Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке подается в суд представителем психиатрического учреждения, в котором находится лицо. К заявлению, в котором должны быть указаны предусмотренные законом основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке, прилагается мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости дальнейшего пребывания лица в психиатрическом стационаре.
- Принимая заявление, судья одновременно дает санкцию на пребывание лица в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде.

Как следует из статьи 33 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», вопрос о недобровольной госпитализации человека в психиатрический стационар решается исключительно в судебном порядке. В соответствии с требованиями закона недобровольно госпитализированный может находиться в психиатрическом учреждении не более 72 часов, на дальнейшее пребывание требуется санкция судьи. Закон предоставляет судье право на продление пребывания в психиатрическом стационаре до судебного разбирательства на срок не более пяти дней.

Следующей повышенно социально значимой процедурой в области психиатрии остается психиатрическое освидетельствование. Как видно из данных социологических исследований, представленных в предыдущей главе, по-прежнему различные группы населения и общество в целом по-разному относятся к тому, какие основания должны быть для психиатрического освидетельствования.

Психиатрическое освидетельствование (статья 23)

- Психиатрическое освидетельствование проводится для определения: страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи.

- Психиатрическое освидетельствование, а также профилактические осмотры проводятся по просьбе или с согласия обследуемого; в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет — по просьбе или с согласия его родителей или иного законного представителя; в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, — по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя освидетельствование несовершеннолетнего проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд.

- Врач, проводящий психиатрическое освидетельствование, обязан представиться обследуемому и его законному представителю как психиатр, за исключением случаев, предусмотренных пунктом «а» части четвертой настоящей статьи.

- Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать у него наличие тяжелого психического расстройства, которое обусловливает:

  а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

  б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

  в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

- Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя, если обследуемый находится под диспансерным наблюдением по основаниям, предусмотренным частью первой статьи 27 настоящего Закона.

- Данные психиатрического освидетельствования и заключения о состоянии психического здоровья обследуемого фиксируются в медицинской документации, в которой указываются также причины обращения к врачу-психиатру и медицинские рекомендации.

Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия или без согласия его законного представителя (статья 24)

- В случаях, предусмотренных пунктом «а» части четвертой и частью пятой статьи 23 настоящего Закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром самостоятельно.

- В случаях, предусмотренных пунктами «б» и «в» части четвертой статьи 23 настоящего Закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя, принимается врачом-психиатром с санкции судьи.

Как следует из статей 23 и 24, психиатрическое освидетельствование может проводиться как с согласия обследуемого, так и без согласия. Критерии, позволяющие проводить освидетельствование без согласия, идентичны критериям так называемой социальной опасности. Наибольший интерес представляет процедура представления врача-психиатра, которая предусмотрена в обязательном порядке в большинстве случаев. Несоблюдение ее, как сказано в Законе, допустимо лишь в случаях, когда есть основания предполагать наличие у обследуемого тяжелого психического расстройства, которое может обусловить его непосредственную опасность для себя или окружающих.

Еще одной эпатирующей общественное мнение психиатрической процедурой является диспансерное наблюдение. В настоящее время на основании Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» оно регулируется в соответствии со статьей 27.

Диспансерное наблюдение (статья 27)

- Диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.
- Решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения и его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров, назначаемой администрацией психиатрического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь, или комиссией врачей-психиатров, назначаемой органом здравоохранения.
- Мотивированное решение комиссии врачей-психиатров оформляется записью в медицинской документации. Решение об установлении или прекращении диспансерного наблюдения может быть обжаловано в порядке, предусмотренном разделом VI настоящего Закона.
- Установленное ранее диспансерное наблюдение прекращается при выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния лица. После прекращеня

диспансерного наблюдения амбулаторная психиатрическая помощь по просьбе или с согласия лица либо по просьбе или с согласия его законного представителя оказывается в консультативно-лечебном виде. При изменении психического состояния лицо, страдающее психическим расстройством, может быть освидетельствовано без его согласия или без согласия его законного представителя по основаниям и в порядке, предусмотренном частью четвертой статьи 23, статьями 24 и 25 настоящего Закона. Диспансерное наблюдение может быть возобновлено в таких случаях по решению комиссии врачей-психиатров.

Наиболее важным для пациентов в приведенной статье является срок, через который после приступа или обострения психического заболевания, возможно снятие с «диспансерного учета». В законе он не приведен, однако имеется указание на признаки выздоровления или значительного и стойкого улучшения психического состояния лица. Под критерием стойкого улучшения психического состояния принято понимать такое психическое состояние, когда улучшение сохраняется на протяжении полутора-двух лет и не имеет признаков неблагоприятной динамики (С. В. Бородин, В. П. Котов).

Значимым также является и параметр тяжести, стойкости и частоты обострений психических расстройств, дающий основание поставить душевнобольного на «психиатрический учет». По мнению С. В. Бородина и В. П. Котова, тяжелые болезненные проявления (т. е. психозы, выраженное слабоумие, изменения личности) следует считать стойкими, если они существуют к моменту осмотра больного не менее года и/или если прогностические признаки течения психического расстройства с высокой вероятностью свидетельствуют об их существовании в будущем на протяжении года и более. Под частыми обострениями обычно понимают возникновение тяжелых болезненных проявлений ежегодно или более одного раза в год.

Обратим внимание еще на один правовой психиатрический принцип и процедуру, которая подвергается пристрастному общественному анализу — сохранение врачебной тайны обращения, наблюдения и лечения у психиатра. В Законе Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» есть следующие гарантии соблюдения врачебной тайны.

Запрещение требования сведений о состоянии психического здоровья (статья 8)

- **При реализации гражданином своих прав и свобод требования предоставления сведений о состоянии его психического здоровья либо обследования его врачом-психиатром допускаются лишь а случаях, установленных законами РФ.**

Сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи (статья 9)

- **Сведения о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечения в учреждении, оказывающем такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной, охраняются законом. Для реализации прав и законных интересов лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе или по просьбе его законного представителя им могут быть предоставлены сведения о состоянии психического здоровья данного лица и об оказанной ему психиатрической помощи.**

Существенным в понятии врачебной тайны считается тот факт, что она должна соблюдаться вне зависимости от того обращался или не обращался пациент к врачу с просьбой держать в тайне какие-либо сведения. Обязанность хранить врачебную тайну распространяется как на врачей-психиатров, так и на иных работников психиатрических учреждений (медицинских сестер, санитаров, фармацевтов, психологов, педагогов, шоферов, работников кухни).

В исключительных случаях допускается сообщение сведений, содержащих врачебную тайну, государственным органам и должностным лицам, непосредственно не участвующим в оказании медицинской помощи. К ним относятся органы здравоохранения (сообщается в случаях, когда этого требуют интересы охраны здоровья населения), следственные и судебные органы (сообщается по их требованию).

Право на конфиденциальность психиатрической помощи гарантировано законом в большинстве стран мира. В США право на медицинскую тайну признается конституционным, фундаментальным. В Великобритании оно гарантировано Британским национальным законом здравоохранения.

К правовым аспектам психиатрии относятся и разнообразные виды экспертиз: судебная, военно-врачебная, трудовая.

Согласно российскому законодательству основанием для назначения судебно-психиатрической экспертизы является сомнение по поводу психического здоровья обвиняемого, потерпевшего, истца и ответчика в гражданском процессе. Судебно-психиатрическая экспертиза в Российской Федерации производится по постановлению следователя, дознавателя, прокурора, по определению суда. Ходатайство о назначении экспертизы могут заявить обвиняемый, потерпевший, их законные представители, защитник с момента его участия в деле.

Известно, что уголовной ответственности подлежат только вменяемые лица. Человек в состоянии психического здоровья должен и может оценивать те обстоятельства, при которых он действует, понимать предъявляемые требования и делать выбор между совершением и несовершением преступления. Утрата способности руководить поведением, контролировать его и отдавать себе в нем отчет нередко является результатом психического заболевания.

В современном российском законодательстве формула невменяемости представлена в статье 11 УК РФ, которая гласит: «Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно-опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими вследствие душевной болезни, временного расстройства душевной деятельности, слабоумия или иного болезненного состояния. К такому лицу по назначению суда могут быть применены принудительные меры медицинского характера.

Не подлежат наказанию также лица, совершившие преступление в состоянии вменяемости, но до вынесения судом приговора заболевшие психической болезнью, лишающей его возможности отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими. К такому лицу по назначению суда могут быть применены принудительные меры медицинского характера, а по выздоровлении оно может подлежать наказанию».

Приведенная статья при определении невменяемости содержит критерии двух видов — юридический и медицинский. Юридический критерий заключает в себе два признака — интеллектуальный (невозможность отдавать себе отчет в своих действиях) и волевой (невозможность руководить собственными действиями). Только наличие обоих критериев влечет признание лица невменяемым.

В качестве медицинского критерия указывается душевная болезнь, временное расстройство душевной деятельности, слабоумие

или иное болезненное состояние (к которому, в частности, относятся некоторые виды психопатий и глухонемота).

Во второй части статьи 11 не содержится специальных указаний по поводу необратимых психических расстройств, которые ведут за собой прекращение уголовного дела. Они содержатся в статье 409 Уголовно-процессуального кодекса РФ, в которой говорится о временных расстройствах душевной деятельности, требующих лишь приостановление по делу. Статья 412 УПК преду-сматривает возможность развития после совершения преступления хронической душевной болезни.

В соответствии со статьей 362 УПК РФ душевнобольные, заболевшие в местах лишения свободы, освобождаются от дальнейшего отбытия наказания, если болезнь препятствует его отбытию.

В соответствии со статьей 182 УК РФ эксперт несет уголовную ответственность за отказ или уклонение от дачи заключения, а статья 184 УК РФ устанавливает, что эксперт не имеет права разглашать данные предварительного следствия или дознания без разрешения прокурора, следователя или лица, производящего дознание.

Под дееспособностью понимается способность гражданина своими действиями приобретать и создавать для себя гражданские обязанности (статья 11 ГК РФ). Поскольку закон признает за гражданином способность разумно действовать по достижении 18-летнего возраста, дееспособность по сравнению с правоспособностью ограничена возрастным фактором. Критерии недееспособности, которыми руководствуется суд и применительно к которым должны давать заключение эксперты, сформулированы в статье 15 ГК РФ: «Гражданин, который вследствие душевной болезни или слабоумия не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным в порядке, установленном ГПК. Над ним должна устанавливаться опека. Лица, признанные недееспособными, не утрачивают своих прав, но вступать в свои права они могут только через своих опекунов, назначаемых опекунскими советами».

Одним из значимых для общества правовым психиатрическим процессом является признание человека по психическому состоянию годным или негодным к военной службе. В настоящее время экспертиза осуществляется на основании приложения 2 к приказу Министра обороны СССР № 260 от 9 сентября 1987 года. Ниже будет приведен перечень болезней и физических недостатков, ограничивающих возможность военной службы.

Таблица 11

Перечень
болезней и физических недостатков
(раздел: психические расстройства)

ОЛИГОФРЕНИЯ:	
• все формы умственного недоразвития, включая дебильность в резко выраженной степени	Негодны к военной службе с исключением с воинского учета
• дебильность в умеренно выраженной степени, а также дебильность в легкой степени с эмоционально-волевыми нарушениями	Негодны к военной службе в мирное время, годны к нестроевой службе в военное время
• дебильность в легкой степени	Годны к нестроевой службе
ЭПИЛЕПСИЯ:	
• при наличии частых припадков	Негодны к военной службе с исключением с воинского учета
• при единичных редких припадках, без психических нарушений вне припадка	Негодны к военной службе в мирное время, годны к нестроевой службе в военное время
МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ:	
• резко выраженные формы с часто повторяющимися фазами заболевания или затяжными приступами	Негодны к военной службе с исключением с воинского учета
• редкие приступы с длительными (несколько лет) промежутками полного психического здоровья	Негодны к военной службе в мирное время, годны к нестроевой службе в военное время
ШИЗОФРЕНИЯ	Негодны к военной службе с исключением с воинского учета
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА:	
• при резко выраженных, стойких психических нарушениях	Негодны к военной службе с исключением с воинского учета
• при умеренно выраженных психических нарушениях	Негодны к военной службе в мирное время, годны к нестроевой службе в военное время
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ИНТОКСИКАЦИЯХ, ИНФЕКЦИЯХ:	
• при резко выраженных, стойких психических нарушениях	Негодны к военной службе с исключением с воинского учета
• при наличии выраженного и длительного астенического состояния, патологических изменений личности и органического поражения нервной системы	Негодны к военной службе в мирное время, годны к нестроевой службе в военное время

• при наличии умеренно выраженного астенического состояния и отсутствии явлений органического поражения нервной системы	Призывникам — отсрочка от призыва на действительную службу, военнослужащим срочной службы, военным строителям — освобождение от выполнения обязанностей (занятий) или отпуск по болезни
ПСИХОПАТИИ:	
• резко выраженные, со склонностью к повторным и длительным декомпенсациям	Негодны к военной службе с исключением с воинского учета
• умеренно выраженные, с неустойчивой компенсацией	Негодны к военной службе в мирное время, годны к нестроевой службе в военное время
НЕВРОЗЫ, РЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ:	
• при резко выраженных стойких болезненных проявлениях с частыми декомпенсациями	Негодны к военной службе с исключением с воинского учета
• при умеренно выраженных, но длительных болезненных проявлениях	Негодны к военной службе в мирное время, годны к нестроевой службе в военное время
• при легких и кратковременных болезненных проявлениях	Годны. В ВДВ, плавсостав, морскую пехоту, пограничные войска негодны
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ТРАВМАХ МОЗГА:	
• при резко выраженных психических нарушениях	Негодны к военной службе с исключением с воинского учета
• при умеренно выраженных психических нарушениях	Негодны к военной службе в мирное время, годны к нестроевой службе в военное время

ОГРАНИЧЕНИЯ И ЛЬГОТЫ, распространяющиеся на лиц, страдающих психическими заболеваниями

В данном разделе отражена часть ограничений и льгот, распространяющихся на психически больных: противопоказания для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности (в частности, вождение автотранспорта) и некоторые льготы.

В соответствии с приказом № 555 от 29 сентября 1989 года «О совершенствовании системы медицинских осмотров трудящихся и водителей индивидуальных транспортных средств» и Постановлением Совета Министров—Правительства РФ от 28 апреля

1993 года № 377 психиатрическими противопоказаниями для вождения авто-, мототранспортных средств (в частности, автомобилей, полная масса которых не превышает 3500 кг, а число сидячих мест, помимо сиденья водителя, равно 8, категория В , без права работы по найму) являются хронические психические заболевания и приравненные к ним состояния, подлежащие обязательному диспансерному динамическому наблюдению (шизофрения, маниакально-депрессивный и иные психозы, эпилепсия и синкопальные состояния). Вопрос о допуске лиц с выраженными формами пограничных нервно-психических расстройств, с пограничной умственной отсталостью и задержкой умственного развития решается индивидуально с переосвидетельствованием через три года, при алкоголизме, наркомании, токсикомании допускается при стойкой ремиссии.

Среди льгот, которые имеют душевнобольные по приказу МЗ СССР № 330 от 28 марта 1983 года, следует отметить право на первоочередное получение жилплощади. Это право распространяется на лиц с психическими заболеваниями с хроническим течением, стойкой психотической симптоматикой и выраженными изменениями личности (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия, пресенильные и сенильные психозы). Другой льготой является право пользования дополнительной жилой площадью (отдельной комнатой) лиц с «душевными болезнями или с тяжелыми формами психоневрозов: эпилепсией, травматическим психоневрозом, психастенией и истерией, сопровождающихся потерей сознания и резко выраженными припадками» в соответствии с постановлением Совета Народных Комиссаров РСФСР и ВЦИК от 28 февраля 1930 года и изменениями, внесенными Указом Президиума Верховного Совета РСФСР от 24 апреля 1948 года и постановлением Совета Министров РСФСР от 27 декабря 1956 года.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Менделевич В.Д. // Посев., 1992, 3.

Тихоиенко В.А., Румянцева Г.М. // Психиатрия в СССР., 1990, 1.

Тихоненко В.А. Этика практической психиатрии. /Руководство для врачей. М., 1996.

Бородин С.В., Котов В.П. //Комментарии к Закону о психиатрической помощи. М., 1993.

Гурович И.Я., Любов Е.Б., Шмуклер А.Б. / Актуальные социальные проблемы психиатрии. М., 1989.

ГЛАВА 7

ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХИАТРИИ

Этнокультуральный аспект современной российской психиатрии с полным основанием можно отнести к нетрадиционному для отечественной психиатрии. Подобное положение одной из немаловажных ветвей мировой психиатрии было обусловлено, с одной стороны, доминированием в России (Советском Союзе) биологического подхода к проблеме изучения психической патологии и, в целом, поведения человека (Л.Р.Грэхэм, 1991), с другой, табуированностью этнической, национальной темы в советском обществе.

Кроме того, некоторыми учеными отвергалось и продолжает отвергаться наличие этнического многообразия и специфичности "homo sovieticus", по причине, на которую указывал еще вождь пролетариата, введя понятие "обрусевших инородцев". Существование в советском обществе (в частности, среди интеллигенции) людей с характеристиками "чуждости национальных интересов, демонстративным пренебрежением к родному языку и культуре" — ленинская характеристика "обрусевших инородцев" — также не способствовало исследованию этнокультуральных психологических и психопатологических особенностей.

Кардинальные социальные изменения в стране привели к росту национального самосознания, выходу на авансцену этнокультурального аспекта личности и человеческих взаимоотношений и способствовали развитию отечественной этнопсихологии и этнопсихиатрии (Т.Б.Дмитриева, Б.С.Положий, 1996).

В настоящее время принято следующее определение понятия этноса: естественно сложившийся на основе оригинального стереотипа поведения коллектив людей, существующий как энергети-

ческая система (структура), противопоставляющая себя всем другим таким же коллективам, исходя из ощущения комплиментарности (Л.Н.Гумилев, 1990).

Наиболее значимым в данном определении следует признать факт облигатности противопоставления одной группой (этносом) людей другим, вычленение своей группы из ряда родственных на основании группового осознания идентичности. В связи с этим ценным представляется обозначение З.Фрейдом, изучавшим явления противопоставления близких друг другу народов, подобного процесса этнокультурального вычленения "нарциссизмом малых различий". "Я заметил, — писал он, — что в большей степени враждуют между собой и надсмехаются друг над другом соседние и во многом близкие друг другу народы (коллективы), например испанцы и португальцы, северные и южные немцы, англичане и шотландцы".

Учитывая кажущуюся субъективность в национальном самоопределении, в современной этнопсихологии национальность, этническая принадлежность и культуральная специфика определяется на основании самооценки.

Второй важной особенностью определения понятия этнос следует считать этнокультуральные стереотипы поведения людей (К.Касьянова, 1994). В этнографии и этнопсихологии их происхождение, как правило, рассматривается с социально-психологической позиции.

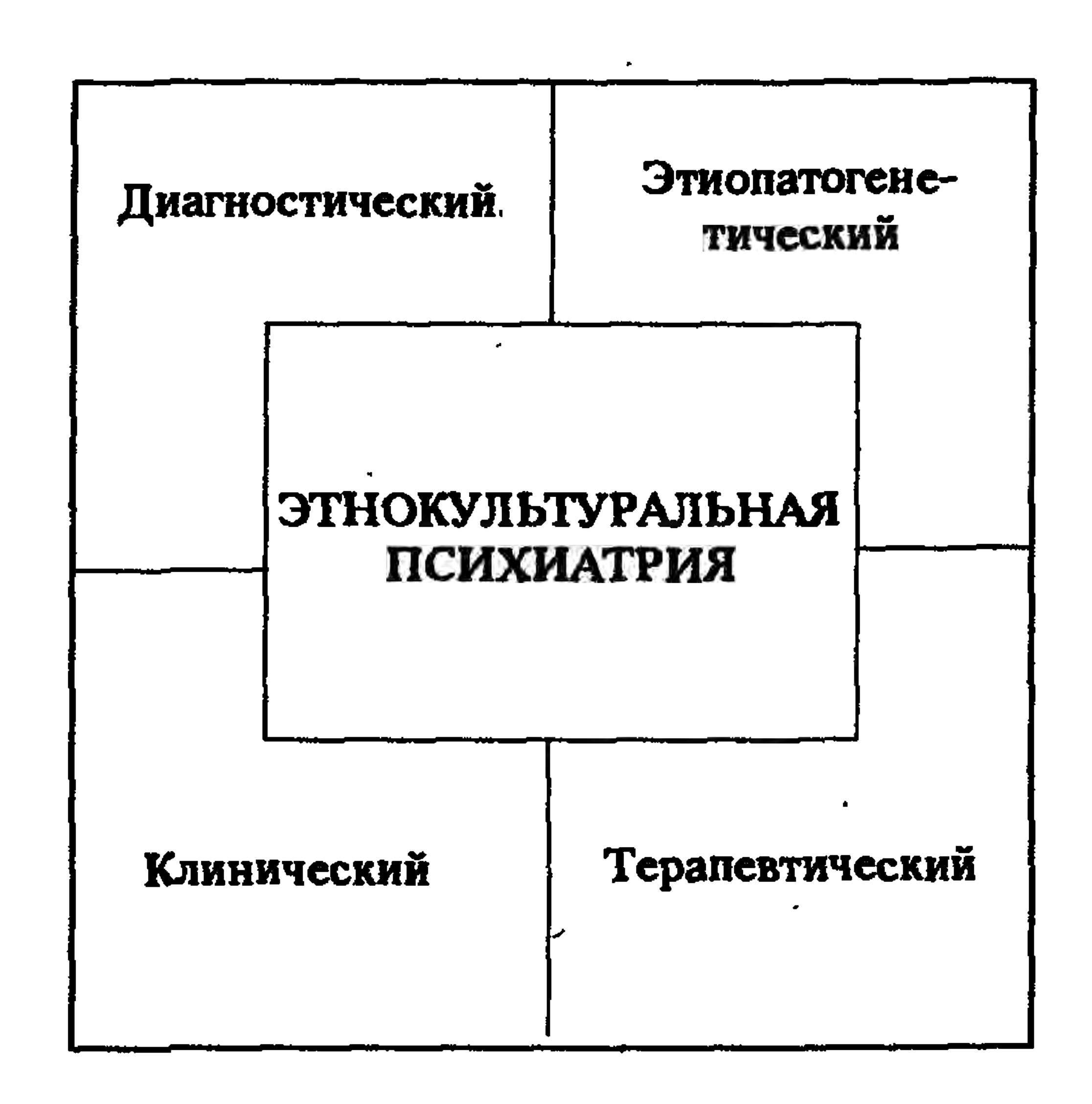
Для психиатрии немаловажным представляется предположение, что любой стереотип поведения (в том числе этнокультуральный) может иметь собственную нейрофизиологическую базу, что косвенно подтверждается регистрацией фенотипических сходств в рамках определенных национальностей, этносов и культур.

Основным вопросом этнокультуральных исследований в психиатрии является вопрос о том, какое влияние оказывают этнические, национальные, культуральные особенности человека на этиологию, патогенез, клинические проявления и закономерности течения психопатологических феноменов, а также на формирование исхода психических заболеваний, их терапию и профилактику.

Некоторые авторы (Н.М.Жариков, Е.Д.Соколова, 1982) выделяют три уровня влияния культуры на психопатологию: нозологический, формообразующий и синдромообразующий. С нашей точки зрения, оправданно выделить четыре аспекта этнокультурального

подхода к изучению психической патологии и этнокультуральной психиатрии: диагностический, этиопатогенетический, клинический и терапевтический.

Аспекты этнокультуральной психиатрии



Диагностический аспект связан с выработкой и описанием строгих диагностических критериев, отграничением психопатологической симптоматики от этнокультуральных стереотипов поведения, традиционных верований, мировоззрения, паттернов мышления и речевой практики. Особое значение диагностический аспект приобретает в условиях межэтнических и межкультуральных взаимодействий, когда диагност и пациент оказываются представителями различных культур, субкультур, вероисповеданий, рас, национальностей или сексуальных сообществ.

По мнению некоторых авторов (В.Б.Миневич, 1996; П.В.Морозов, 1996), многие психиатры, получающие образование в Европе, сталкиваются с проблемой адекватной диагностики и квалификации расстройств, встречающихся в их собственных культурах. Вследствие чего неоправданным представляется расширение спектра психических расстройств у представителей традиционных культур, т.е. диагностики заболеваний на основе "научных" критериев представителей иной культуры.

В классификации психических и поведенческих расстройств десятого пересмотра (МКБ-10), в частности, указывается что культурально специфические расстройства, такие, например, как коро, амок, лата в настоящее время не могут рассматриваться как самостоятельные. Предполагается, что они являются культурально специфическими вариантами известных синдромов тревоги, депрессии, соматоформных расстройств или нарушений адаптации.

Этиопатогенетический аспект этнокультульных исследований в области психиатрии направлен на оценку роли этнических и культуральных особенностей человека в возникновении и развитии психического заболевания. Подобная постановка вопроса нередко встречает серьезное противодействие со стороны ортодоксальных психиатров, придерживающихся точки зрения о единственно возможном патопластическом влиянии этнокультуральных факторов (как части социопсихологического воздействия) на психогенез. Однако, ряд исследований последних лет и изменение ракурса анализа известных научных фактов приводит к мысли о том, что этнокультуральные параметры могут выходить за рамки патопластических.

Изучение неврозогенеза в современной психиатрии и психологии справедливо обращается к таким сложным и многогранным психологическим образованиям как личность и индивидуальность. Анализу подвергаются их различные стороны: характерологические особенности, темперамент, способности, самосознание и самооценка, система ценностей и т.д. При этом нередко упускается из виду, что индивид, личность являются составной и существенной частью этноса, и именно этнические и культуральные стереотипы поведения, выраженные в традициях, верованиях, обычаях, обрядах, стиле мышления и ценностной организации жизни, формируют базовые психологические особенности человека (А.К.Байбурин, 1985). В связи с этим высоко вероятным представляется их роль в неврозогенезе.

В последние годы психологами прицельно изучается такой психологический феномен как антиципация. Под антиципацией Б.Ф.Ломов (1991) понимает способность человека предвосхищать ход событий, прогнозировать поведение окружающих и собственные реакции и поведение, строить вероятностный прогноз, основываясь на прошлом опыте. Следует признать, что антиципационные способности являются продуктом социализа-

ции и следовательно на их формирование существенное влияние оказывают этнические стереотипы поведения, имеющие отражение в понятиях "здравого смысла" и каузальной аттрибуции (В.Д.Менделевич, Д.А.Авдеев, С.В.Киселев, 1992).

На основании многолетних клинико-психопатологических и патопсихологических исследований (В.Д.Менделевич 1988-1997) была выдвинута и обоснованна антиципационная концепция неврозогенеза, суть которой заключается в том, что этиопатогенез невротических расстройств рассматривается как производное от преморбидного несовершенства механизмов функционирования антиципации и вероятностного прогнозирования.

Как показал анализ результатов исследований и экспериментов больных неврозами и невротическими развитиями личности, существенными патогенетическими значимым для формирования невротического заболевания являются преморбидные антиципационные способности пациента. Именно они способствуют субъективному оцениванию жизненных событий в качестве психотравмирующих в силу несовпадения производившегося человеком прогноза вероятности ситуации с реально возникшей.

Клинические наблюдения позволили описать психологический тип "потенциального невротика". Учитывая то обстоятельство, что антиципацию можно рассматривать в качестве этнокультурального феномена научный интерес представляет анализ влияния этнических и культуральных стереотипов поведения, в частности в российских условиях, на процесс невротического образования.

Формированию антиципационных способностей лиц, заболевших неврозами, способствуют широко распространенные традиции, верования, предубеждения, оказывающиеся устойчивыми этнокультуральными особенностями и транслирующиеся в процессе воспитания. Они, как правило, закреплены в пословицах, поговорках и диктуют члену этноса строго очерченный стиль поведения, формируя "стереотипизацию опыта" (И.С.Кон, 1983).

В условиях российского этноса существенными для процессов неврозогенеза оказываются традиции, по которым запрещено или не поощряется прогнозирование человеком отрицательного исхода собственной деятельности и субъективно значимых событий, что формирует т.н. антиципационную несостоятельность — характерную черту личности "потенциального невротика". Этнос накладывает табу на разновариантное прогнозирование, диктуя

человеку необходимость экспектации лишь эмоционально положительных событий. Подобная традиция приводит к тому, что в условиях неспрогнозированности возникновение нежелательного события оказывается психотравмирующим по звучанию и способствует формированию невротических расстройств.

До настоящего времени продолжает дискутироваться вопрос о роли этнокультуральных особенностей человека в этиопатогенезе психозов, и в частности, шизофрении. Несмотря на тот факт, что шизофрения причисляется к наследственно-конституциональным психическим заболеваниям открытым остается вопрос о патогенетической значимости такого психологического и культурального фактора как воспитание. Понятия "шизофреногенная мать" и воспитание, включающее "парадоксальную коммуникацию", а также склонность к мифологическому стилю мышления привлекают внимание исследователей.

К л и н и ч е с к и й аспект этнокультурального подхода в психиатрии может быть разделен на три самостоятельных параграфа.

Влияние этнокультуральных факторов на клинические проявления психических расстройств

Этнокультуральные факторы		
Специфические психопатологические симптомы и синдромы	Структурно-динамические особенности известных психопатологических симптомов и синдромов	Особые нозологические формы

В рамках первого следует обратить внимание на специфические психопатологические симптомы и синдромы, встречающиеся исключительно в определенных этнических и культуральных группах. Они достаточно хорошо известны и широко описаны в отечественной и зарубежной психиатрической литературе (П.Сидоров, 1976; K.Maddock, 1970; S.W.Wong, B.Kwong, Y.K.Tam, 1982). К специфическим синдромам относят, например, *амок, коро, лата, меряченье.*

Амок, встречающийся в странах Азии и Океании, по клиническим проявлениям сходен с сумеречным расстройством сознания. В психопатологический синдром амок включаются, как правило, четыре клинических признака: продромальная тоска, гомицидные

тенденции на базе психомоторного возбуждения, внезапное без видимых причин начало и амнезия после восстановления расстроенного сознания.

Считается, что амок встречается при реактивных психозах в рамках патологического аффекта, а также у больных эпилепсией. Провоцирующим моментом для развития этого расстройства является прилюдное оскорбление человека, у которого отмечают такие специфические особенности характера как обидчивость, ранимость по отношению к его оценке окружающими.

Симптомокомплекс *коро* представляет собой депрессивно-ипохондрический синдром психотического уровня, сопровождающийся выраженными сенестопатическими ощущениями. При этом отмечается убежденность больных в том, что у них резко изменяются в размерах половые органы (половой член у мужчин и большие половые губы у женщин): сморщиваются, втягиваются в брюшную полость. На фоне выраженной тревоги и страха больные предпринимают отчаянные попытки удержать на прежнем месте половые органы. Они пришивают или подвязывают их, пытаются удержать руками. В литературе описаны эпидемии коро (в Сингапуре в 1967 году и в Бенгалии в 1982 году), когда одновременно психическое расстройство (коро) возникало у большого числа людей.

Из описанных на основе изучения российских этнокультуральных групп населения можно отметить психическое расстройство, названное *меряченьем*. Оно проявлялось в массовом возникновении таких симптомов как: эхолалия, эхопраксия, эхомимия, а также включало автоматизированное выполнение приказаний окружающих при формально ясном сознании (В.М.Блейхер, И.В.Крук, 1995).

Второй параграф клинического аспекта этнокультуральных влияний включает анализ структурно-динамических особенностей проявления и распространенности известных психопатологических симптомов и синдромов. Ученые (E.Kraepelin, 1913; T.Lambo, 1968; D.Amoako, 1977; J.Cooper, N.Sartorius, 1977) обратили внимание на то, что реактивные психозы чаще встречаются в Африке, чем в Европе; кататония преобладает в Индии и Африке; бред самообвинения встречается преимущественно у европейцев; в традиционных культурах слуховые псевдогаллюцинации с позитивным содержанием встречаются чаще, чем в других, также как истинные галлюцинации чаще, чем псевдогаллюцинации.

По некоторым данным (N.Klett, 1977) отмечаются различия даже по странам Европы: в Англии чаще отмечается бред величия, во Франции — галлюцинаторно-параноидные психозы, в Германии — тревожно-депрессивные состояния, в Швеции — какой-либо специфики не наблюдалось. Однако, по мнению В.П.Самохвалова (1994), в различных этносах при разном содержании психопатологических переживаний все же имеется базисное сходство психозов, что позволило автору выдвинуть гипотезу об историогенетических корнях эволюции психозов.

Механизм формо-, симптомо- и синдромообразования психических расстройств представляет несомненный теоретический и практический интерес. В настоящее время можно усмотреть три подхода в оценке этого механизма: 1) традиционный для отечественной психиатрии биологический, 2) психологический и 3) этнокультуральный.

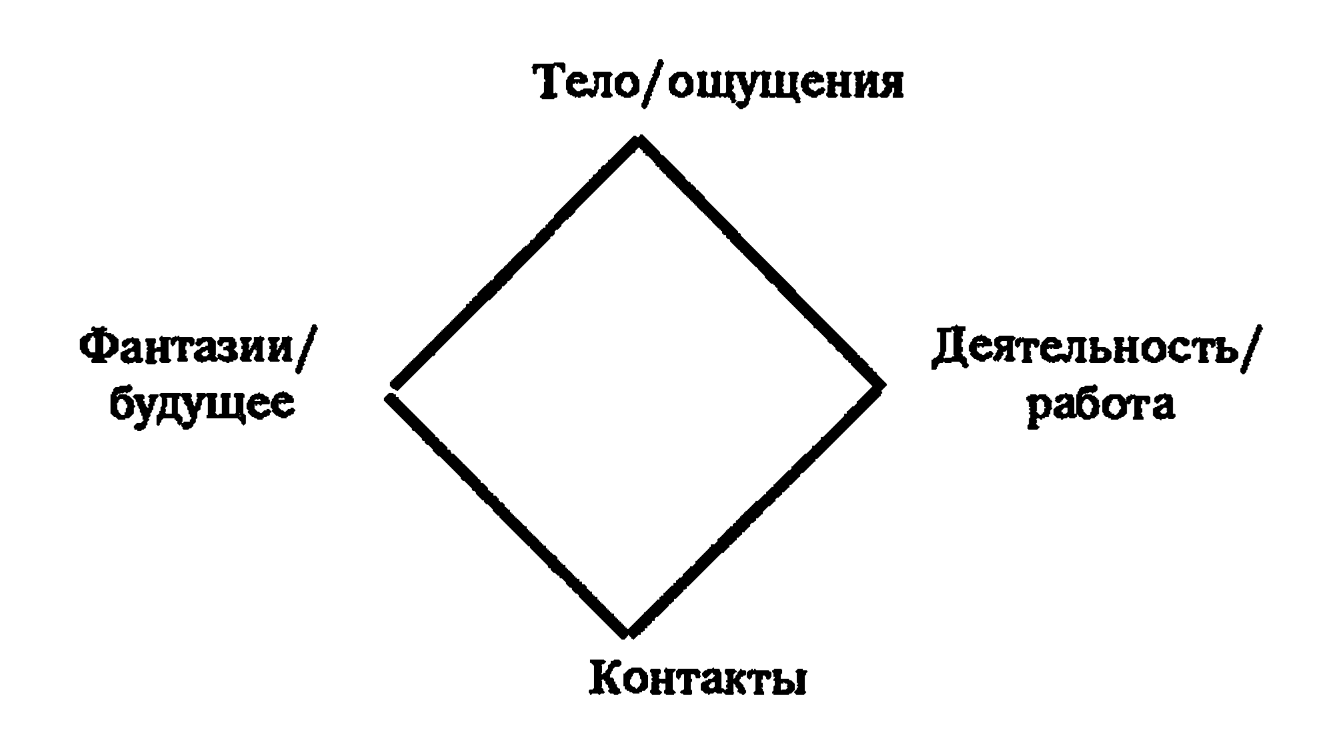
Базируясь на биологическом подходе, клиническое разнообразие психопатологических феноменов предлагается рассматривать с позиции деятельности мозга, поражения определенных структур и областей которого, по мнению апологетов биологического подхода, ответственны за образование тех или иных симптомов и синдромов. С позиции психологического подхода за этот процесс отвечают характерологические и личностные особенности (см. подробнее главу 4).

Этнокультуральный подход основывается на том, что определенные культуры и этносы формируют строго заданные ценностные ориентации, которые преломляются в личности психически больного и способствуют появлению определенных симптомов и синдромов.

В связи с этим нам кажется целесообразным остановиться на некоторых современных теоретических воззрениях этнокультурологического направления, которые смогли бы пролить свет на проблему формо-, симптомо- и синдромообразования в психиатрии.

Одной из наиболее значительных и убедительных транскультуральных концепций в области психологии и психиатрии считается дифференциально-аналитическая концепция N.Peseschkian. В ней, в частности, разработана схема приоритетных отношений человека (рисунок) и описаны кардинальные психологические особенности двух культур: западной и восточной. "Каждый человек имеет свои определенные предпочтения в способах переработки

конфликтов, пишет N.Peseschkian, — и при гипертрофии одной из форм переработки остальные отодвигаются на второй план. То, какие из форм оказываются в предпочтении, зависит в значительной степени от воспитания и, прежде всего, от опыта, полученного в детстве". Автор настаивает на том, что опыт этот сугубо культуральный.



Согласно концепции дифференциального анализа приоритеты (ценности) человека или культуры (этноса) могут быть сосредоточены в четырех областях, названных: тело/ощущения, деятельность/работа, контакты, фантазии/будущее.

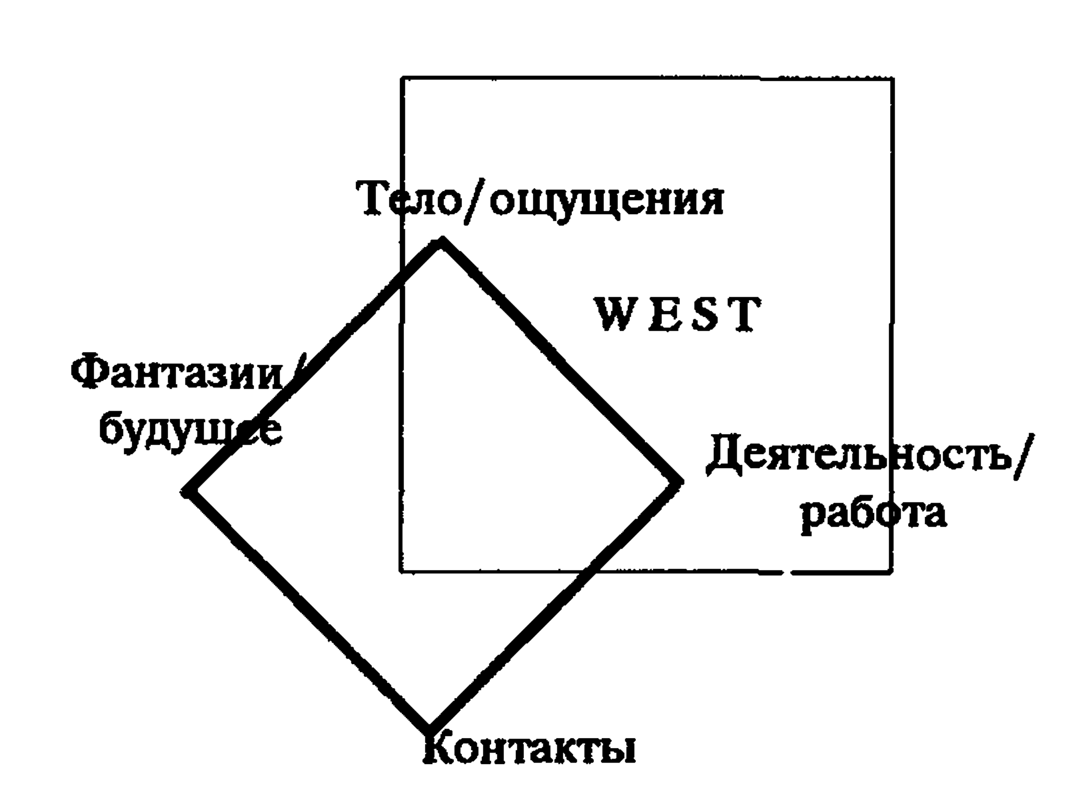
В приоритеты, обозначенные условно "тело/ощущения" включаются такие ценности, как: физическое и психическое самочувствие, внешняя привлекательность, сексуальность, удовлетворенность количеством и качеством сна, принятия пищи. Вследствие развития данного приоритета в процессе воспитания вырабатываются, например, качества чистоплотности, сексуальности, физического и психического комфорта.

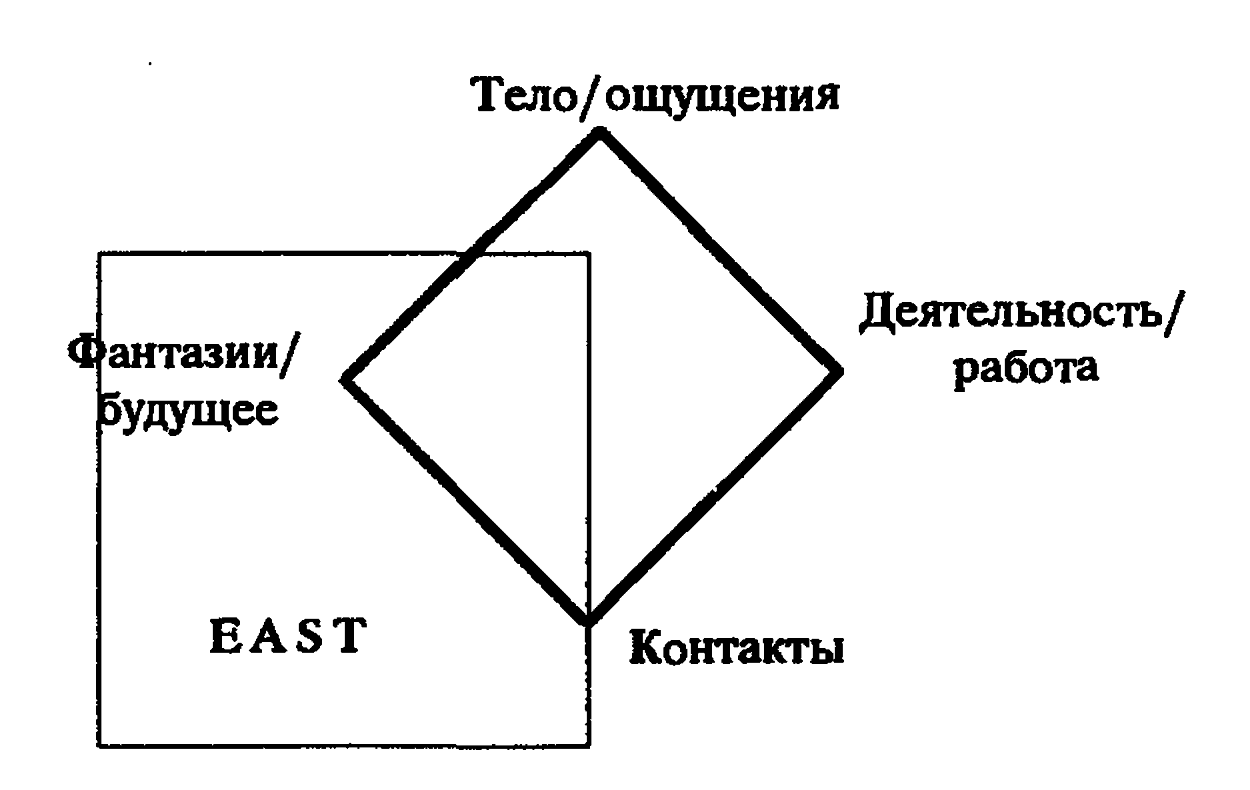
К приоритетам, названным достижения/работа, относится ценность труда, отношение к работе, ее престижности, авторитету, карьерные ценности и пр. На их основе формируется, к примеру, пунктуальность, организованность, послушание, вежливость, надежность, бережливость. Приоритетность контактов говорит сама за себя. В этой области ценностями становится любовь, терпение, доверие.

Сфера приоритетности "фантазии/будущего" включает становление ценностей религии, интуитивных способов жизни, творчества. Каждая из четырех сфер закрепляет ценности в процессе

воспитания человека с помощью концепций-девизов (житейских мудростей, на основании которых строятся взаимоотношения в семье, обществе, культуре, этносе).

"По моим наблюдениям, сделанным более чем в двадцати культурах, — пишет N.Peseschkian, — в Европе и Северной Америке на первом месте оказываются ценности из области "тело" и "деятельность", в то время как на Востоке прослеживается тенденция доминирования областей "контактов", "фантазий" и в меньшей степени "тела".





Западная модель приоритетов (ценностей, обладание которыми становится смыслом жизни и способствует обретению психологического комфорта) ориентируется на ценности сохранения

собственного здоровья, внешней привлекательности, "моложавости, спортивности", сексуальности, а также карьеризма, увлеченности работой, престижности. Приоритеты заставляют изменять жизнь и отдавать этим сферам основную часть "энергии", сил и времени. Именно поэтому человек западной психологической культуры активно занимается спортом (чтобы комфортно себя чувствовать и выглядеть "на миллион долларов"), следит за собой (развивая парфюмерную индустрию), у него все "о'кей" и уважает он сильных, достигших чего-либо в жизни, авторитетных и ориентируется на престижность.

Восточная модель приоритетов нацелена, в первую очередь, на контакты между людьми, близкие эмоциональные отношения, поиск смысла в жизни. Эти области становятся значимыми, часто в ущерб иным, например, пунктуальности, организованности, бережливости характерных западных ценностей.

Следовательно, можно предполагать, что отраженные выше результаты научных исследований, показывающие, что в разных регионах мира, у лиц, различных культуральных групп доминируют специфические психопатологические симптомокомплексы, основаны на культуральных психологических традициях.

Отметим, что для стран с выраженным "восточным типом культуры и ценностей" (государства Юго-Восточной Азии, Ближнего Востока, Африки, Латинской Америки) характерными оказываются психические проявления, затрагивающие перечисленные приоритетные области: контакты и фантазии. Вследствие чего в клинической картине психических заболеваний преобладают религиозные, мистические темы, бред носит чувственный или образный характер, часты обманы восприятия.

У представителей же регионов мира с типичной "западной культурой" доминирующими становятся систематизированные формы бреда, ипохондрические мотивы, идеи ущерба, дисморфоманические признаки, появление которых может быть объяснено затронутостью приоритетных сфер "тело" и "деятельность".

Для оценки влияния этнических факторов на формирование тех или иных психопатологических синдромов и даже на частоту возникновения некоторых психических заболеваний интересным представляет анализ факта меньшей распространенности алкоголизма среди итальянцев и евреев (R.F.Bales, 1946), чем среди других европейских этнокультуральных групп. Э.Е.Бехтель (1986)

считает, что зарегистрированный факт объясняется культуральными традициями реагирования на стрессовые ситуации. В перечисленных этнокультуральных группах на фрустрирующую ситуацию принято реагировать не увеличением приема алкоголя, а увеличением приема пищи.

Третий параграф клинического аспекта этнокультурального подхода в психиатрии нацелен на оценку роли этнокультуральных факторов в формировании особых нозологических форм. Из известных заболеваний лишь одно можно причислить к этой группе - болезнь Жиля де ля Туретта, по данным американских психиатров и неврологов, в подавляющем большинстве случаев регистрируется у евреев из этничнеской подгруппы ашкенази (К.Видерхольт, 1985).

В рамках клинического аспекта особо выделяется раздел, изучающий этнокультуральное влияние на формирование исходов (дефекта, изменений личности и пр.) психических заболеваний. Традиционно анализу подвергаются отдаленные последствия шизофрении и алкоголизма. Так считается, что деградация личности при алкоголизме не на прямую связана с токсическим воздействием алкоголя на мозг. Некоторые авторы отмечают, что определенные культуральные особенности человека способны препятствовать или способствовать скорости нарастания изменений личности при алкоголизме.

Этнокультуральные влияния на формирование алкогольных изменений личности сходны с подобными влияниями на выбор формы поведения в момент алкогольного опьянения. В этнических группах, нацеливающих своих членов на рефлексивный тип поведения, алкогольное опьянение не носит дезорганизующего и антисоциального характера.

Терапевтический аспект этнокультуральной психиатрии включает в себя оценку влияния различных традиционных ("народных") способов психотерапии на эффективность купирования психопатологической симптоматики. Остановимся на этом подробнее.

Традиционным для психотерапии последних десятилетий считается выбор конкретных психотерапевтических способов и методов на основе клинико-психологических особенностей пациента (клиента).

Во главу угла при оценке показаний для психотерапии обычно ставится либо *симптом*, *синдром* или *расстройство*, либо *нозоло-*

гия, либо *индивидуальные параметры больного* (психофизиологические тип темперамента, психологические — направленность характерологических черт, социально-психологические — личностные свойства), либо *специфические* для отдельных психотехник *характеристики*, например внушаемость и гипнабельность. Подобные показания несомненно важны для подбора наиболее эффективных способов психотерапевтического воздействия. Однако, современные исследования в области теории и практики психотерапии показали существенную значимость *транскультурального аспекта* (N.Peseschkian, 1976-1991).

Теоретической базой транскультурального подхода к психотерапии являются представления о том, что практически любая психотерапевтическая методика, в первую очередь, обращена к личности пациента (клиента), а личность формируется в определенной этнокультуральной среде, усваивая соответствующее мировоззрение, традиции, паттерны осмысления действительности и поведения, нормы психологического реагирования. Следовательно, апеллирование в процессе психотерапии к личности пациента (даже, если это затрагивает под- или бессознательные уровни) является опосредованным воздействием на его "историко-культурную базу" (Ж.Лакан).

По мнению Ж.Лакана (1966) и А.Айви, М.Айви, Л.Саймек-Дайнинг (1987) в понятие историко-культурной базы (подробнее см. главу 1) входит ряд демографических показателей (пол и возраст), значимость которых определяется психологически обусловленными ценностными предпочтениями; расовой (национальной, этнической) специфичностью; вероисповедованием и сексуальной ориентацией.

Особый интерес в плане транскультурального подхода к психотерапевтической теории и практике представляют аспекты, учитывающие роль этнокультурального (национального, расового) и религиозного факторов, поскольку они в большей степени, чем другие связаны с базисными личностными установками, формирующими потенциальные внутриличностные конфликты и требующими психотерапевтической коррекции. По данным N.Peseschkian именно социокультуральным факторам, к которым автор причисляет этнопсихологические параметры и религиозные предпочтения, отводится принципиальное значение в формировании конфликтов, проблем, невротических и психосоматических

симптомов. Проявлениями же вышеперечисленных параметров становятся актуальные (первичные и вторичные) способности человека.

Под ними понимается следование таким психосоциальным нормам как: пунктуальность, аккуратность, чистоплотность (опрятность), послушание, вежливость, честность, верность, справедливость, бережливость, прилежание или успех в деятельности, надежность, точность, а также образец для подражания, терпение, время, общительность, сексуальность, доверие, уверенность в способностях партнера, вера, сомнение, уверенность и единство, понимаемое как цельность (Н.Пезешкиан, 1993, 1995).

Невротический конфликт, требующий психотерапевтического исправления, видится автору в столкновении во взаимоотношениях между людьми (в семье — между родителями и детьми, супругами, на работе — между сотрудниками или начальником и подчиненными, в быту — с соседями) актуальных способностей, а также несовпадении ожиданий человека поведения участников коммуникации с реальностью. Причем конфликт рассматривается как противостояние и противодействие двух или более недопонимающих друг друга культур, традиций, верований, мировоззрений, стилей жизни.

Проследить влияние культуральных факторов на эффективность терапии психических заболеваний можно на примере лечения алкоголизма и невротических расстройств.

В основе традиционной опосредованной психотерапии алкоголизма лежит комплекс запретительных мер, нацеленных на выработку у пациента опасения (и страха) неминуемых тяжких расстройств здоровья в случае возвращения к употреблению спиртных напитков (А.Г.Гофман, А.Ю.Магалиф, 1991). В мировой *психиатрической литературе считается*, что подобный способ может оказаться эффективным лишь в случаях совпадения психологических особенностей психотерапевтического воздействия и личностных свойств пациента, опосредованных этнокультуральными факторами. В процессе рациональной психотерапии алкоголизма врач поровну между собой и больным распределяет ответственность за эффективность терапии.

Таким образом, принципиальная разница двух психотерапевтических подходов заключается в том, что при аверсивной психотерапии физиологическая алкогольная зависимость заменяется психологической зависимостью от психотерапевта и страхом на-

рушения табу, в то время, как при использовании рациональной психотерапии подобных зависимостей не формируется, и пациенту предоставляется достаточно большая свобода действий. Считается, что больному алкоголизмом (особенно при II и III стадиях заболевания) в силу изменений личности, т.е. сформировавшихся субкультуральных свойств, не показано применение "гуманистически-ориентированных" психотерапевтических методик.

Анализ сравнения эффективности двух принципиально различных психотерапевтических методик показывает, что результат зависит не только и не столько от стадии заболевания, сколько от культуральных особенностей пациентов, в первую очередь, от ориентации на демократический или авторитарный стили общения.

Пациентам с демократической направленностью личности, в которую включаются такие психологические качества, как способность выслушивать чужую точку зрения, находить компромиссы при общении с людьми не показаны культурально чуждые им методы "кодирования".

Тогда, как пациентам с авторитарной направленностью личностных качеств в виде традиций требования от окружающих подчинения, непрекаемости, жесткости в общении, а значит уважения силы малоэффективны психотерапевтические методики, апеллирующие к морально-нравственным ценностям.

Сходные выводы можно сделать и при выборе эффективных психотерапевтических методик при лечении больных неврозами. У тех пациентов, которым результативной оказывается суггестивная психотерапия, отмечаются следующие личностные особенности, опосредованные культуральными факторами: потребность ориентироваться на прямые указания-советы как разрешить конкретную ситуацию или на внешнее снятие симптомов ("стирания из памяти" психотравмирующих ситуаций).

Если при классической (традиционной) психотерапии основной упор делается на снятие аффективных симптомов невротических расстройств с помощью суггестивных методов, то при позитивной психотерапии (Н.Пезешкиан, 1993) усилия психотерапевта направляются на осознание пациентом потенциальных и актуальных внутриличностных конфликтов.

Позитивную психотерапию можно отнести к методикам "психотерапии "здравым смыслом" (В.Д.Менделевич, Д.А.Авдеев, С.В.Киселев, 1992), использующим элементы рациональной психотерапии. Одним из наиболее важных тезисов позитивной пси-

хотерапии является транскультуральный принцип, нацеленный на позитивное истолкование симптома или проблемы с помощью сравнения его со сходными феноменами, встречающимися в других культурах и не носящих оттенка патогенности. Подобный психотерапевтический прием предполагает использование метафор, историй, притч, пословиц и поговорок разных с пациентом народов и культур. Позитивная психотерапия оказывается эффективной лишь в тех случаях, когда пациент соглашается разделить ответственность за исход болезни с психотерапевтом, а также учиться на культуральных различиях.

Можно утверждать, что социокультуральные факторы являются немаловажными при выработке показаний для тех или иных методов и способов психотерапии и предполагать, что эффективность некоторых мистических и нетрадиционных методов психотерапии (голотропное дыхание по С.Грофу, нейролингвистическое программирование, терапия "первичным криком" и пр.) базируется на культуральных особенностях людей, опосредованных социокультуральными процессами.

Вышеперечисленные аспекты этнокультуральной психиатрии в большей степени затрагивают процесс влияния этнических и культуральных факторов на глобальные психиатрические проблемы. В то же время следует указать, что на формирование типичных поведенческих расстройств, связанных с социальным стрессом, существенное влияние оказывают и социокультуральные факторы.

По мнению Б.С.Положего (1996), в современных российских условиях психика многих людей оказывается недостаточно пластичной для быстрого и адекватного приспособления к стремительно меняющимся условиям жизни, что приводит к развитию разнообразных поведенческих девиаций, связанных с кризисом идентичности. Автор выделяет четыре варианта кризиса идентичности, проявляющегося как на донозологическом, так и на нозологическом уровне: аномический, диссоциальный, негативистический и магический.

Под аномическим вариантом кризиса идентичности понимается поведение людей, характеризующееся утратой жизненного тонуса, прежних интересов, снижением активности и целеустремленности, своеобразной аутизацией, доминированием тревожно-депрессивного фона настроения, неверием в собственные силы,

ощущением своей малозначимости, неспособности противостоять коллизиям судьбы.

Диссоциальный вариант кризиса идентичности, по мнению Б.С.Положего, выражается такими свойствами, как: стремление к агрессивному поведению по отношению к лицам, высказывающим несовпадающую с их точку зрения, абсолютная нетерпимость к окружающим, доминирование угрюмо-злобного аффекта, сочетающееся с легкой внушаемостью.

Негативистический вариант кризиса идентичности проявляется, в первую очередь, упрямством, нарочитым недовольством всеми и вся, скептически-пессимистической оценкой происходя щего, уклонением от любой активности по декларируемой причине безрезультатности какой-либо деятельности.

В магических вариант кризиса идентичности входят такие поведенческие проявления как: бурный всплеск интереса ко всему необъяснимому, иррациональному, мистическому, переключение всей деятельности (даже в ущерб себе и близким) на активность в сфере поиска истины, разгадки тайн бытия.

Завершая главу о этнокультуральных аспектах психиатрии, можно отметить их возрастающее значение, которое распространяется как на практическую деятельность психиатра, так и на теоретические воззрения об уровнях влияния этнических, национальных, расовых и культуральных особенностей человека на психическую заболеваемость и проявления расстройств.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Касьянова К. О русском национальном характере. М., 1994. Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. /Под редакцией Т.Б.Дмитриевой, Б.С.Положего. М., 1996.

Леви-Брюль Л. Сверхъестественное в первобытном мышлении. М., 1994.

Менделевич В.Д., Авдеев Д.А., Киселев С.В. Психотерапия "здравым смыслом", Чебоксары, 1992.

Пезешкиан Н. Психотерапия повседневной жизни. М., 1995.

Самохвалов В.П. История души и эволюция помешательства. Сургут, 1994.

Циркин С.Ю. Шизофрения:транскультуральное исследование. Дисс. докт.наук, М., 1988.

Этнические стереотипы поведения /Под. редакцией А.К.Байбурина., М., 1985.

ГЛАВА 8

КЛИНИЧЕСКАЯ АНТРОПОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Медицина и антропология, как две фундаментальные науки о человеке объединены общим интересом в отношении изучения форм и факторов изменчивости фенотипических признаков человека на разных иерархических уровнях его организации.

Известный отечественный патолог И.В.Давыдовский писал: "Медицина — это действительно наука о человеке, здоровом и больном, это отрасль естествознания, новая антропология, где биологическое и социологическое слились в единстве и одно без другого непознаваемо".

В современный период тенденция к междисциплинарному объединению научных сил в изучении феномена интегральной индивидуальности определила создание контуров новой парадигмы наук о человеке — интегративной антропологии. Целью комплекса наук и учебных дисциплин, объединяемого этим понятием, является изучение соматопсихической целостности человека и личностносоциокультурного его единства в изменчивости и взаимо действии их составляющих, выяснение форм и факторов этой изменчивости (Б.А.Никитюк, 1995).

В соответствии с проблемами клинической медицины выделяется клиническая антропология, а в области психиатрии — клиническая антропология психических заболеваний. Крупнейший отечественный психиатр П.Б.Ганнушкин писал, что душевная болезнь должна связываться с состоянием всего организма, с врожденной конституцией, с состоянием его обмена веществ, с функционированием эндокринной системы и состоянием нервной системы в целом, как цереброспинальной, так и вегетативной...

Головной мозг является только главной ареной, только авансценой, на которой разыгрывается все действие, а генез, причина всего явления, причина заболевания должны расцениваться иначе, должна отыскиваться в другом месте, причем состояние всего организма должно приниматься во внимание самым тщательным образом... Пытаются установить определенный антропологический тип и соответствующий ему тип психический и патопсихологический. При таком положении точка зрения врача психиатра является, конечно, гораздо более широкой... Х.Г.Ходос (1984) считал, что "медицинский портрет" больного в истории болезни выиграл в своей фактической обоснованности, если бы в нее были включены основные показатели клинической антропометрии и конституции обследуемого.

Первая волна антропологических исследований в психиатрии была связана с именем B.Morel (1857). Являясь первоклассным наблюдателем и блестящим художником, он четкими клиническими и иллюстративными средствами очертил психофизическое "болезненное" уклонение от среднего нормального типа человека. Учение о дегенерации и связанные с ним взгляды позже трансформировались в представления о предрасположенности к душевным заболеваниям, о патологической конституции; в современный период речь идет о признаках соматического дизонтогенеза, проявляющегося различными дизгенезиями, дизрафиями, дисплазиями и девиациями в строении человеческого тела и психического дизонтогенеза, представляющего собой широкий спектр искажений в эволюции нервной системы.

По существу Морель предложил своеобразную схему упадка наследственности в нисходящих поколениях.

В первом поколении в таких семьях отмечается нервный темперамент, моральная несостоятельность, различного рода излишества: сексуальные, алкогольные, интеллектуальные и др. Во втором поколении регистрируется наклонность к апоплектическим припадкам, тяжелым неврозам и алкоголизму. В третьем поколении наблюдаются уже собственно психические расстройства, самоубийства, умственная несостоятельность. И, наконец, в четвертом поколении отмечается врожденное слабоумие, задержки развития, уродства, неспособность к деторождению.

Как и любое теоретическое обобщение, данная схема описывает лишь определенные вероятностно-статистические патологические трансформации наследственности и ее не следует воспринимать в

качестве непреложного правила. Сам Морель ввел понятие и о прогенерации, под которым имелось ввиду возрождение благоприятных родовых свойств семьи. Ясно, что инфертильность может наблюдаться и в первом дегенеративном поколении при ретродевиации, двурогости или инфантилизме матки у женщин и азооспермии у мужчин, а олигофрения может соседствовать в одном поколении с психозами, алкоголизмом и тяжелыми неврозами. Здесь важно другое.

Антропологический подход Мореля заставил совершенно под другим углом зрения оценивать психические и нервные расстройства. Это была первая наследственно-биологическая теория о психических страданиях человека. Сформулируем основные положения вытекающие из его учения.

1. В понятии вырождения наследственности удалось придать предельно ясную клиническую форму и клиническое содержание признакам психического дизонтогенеза, обнаружить его потенциальные, скрытые *или явные тенденции в ряде* поколений, объединить некоторые болезненные расстройства в более общие диагностические классы на основе этиологического, клинического и патофизиологического подходов.

2. Учение о дегенерациях позволило самому понятию болезни выйти за пределы одной человеческой жизни, что обусловило возможность заложить основы эволюционно-биологического антропологического направления в психиатрии, связав разнообразные нервно-психические уклонения одним общим корнем этиологического момента, проходящего через ряд поколений.

3. Эволютивный принцип психического дизонтогенеза заключается в закономерностях периодичности, чередования и превращения; возрастной предпочтительности нервно-психических расстройств; он господствует над всей психической и нервной патологией. Трансформация патологических симптомов в онтогенезе, "феномен патологических трансформаций" не носит характера хаотического чередования симптомов, а придерживается определенных закономерностей в смене одних болезненных состояний другими. В данном контексте речь идет об эволютивных синдромах, выстраивающихся в конституциональные цепочки. Например, соматовегетативные дисфункции у новорожденного; ночные страхи, энурез, частые простудные заболевания при психическом или физическом напряжении в дошкольный период; заикание, за-

стенчивость, замкнутость и нарушение школьной адаптации; астеническое расстройство личности в зрелом возрасте.

4. Разделение первичных и вторичных дегенераций на основе выделения патологической наследственности и нейротропно действующих ядов, бактерий и вирусов - "гередотропные патогенные агенты": сифилис, туберкулез, алкоголь, ртуть, свинец, инфекции и т.п.". Данный тезис послужил основанием к постановке проблемы гигиены и профилактики психических расстройств.

5. Гередотропные яды особенно вирулентны для восприимчивой нервной системы в наследственно-отягощенных семьях. При этом в этих семьях существует предпочтительность в поражении того или иного органа, определенной системы или зародышевого листка.

В результате биолого-антропологический подход позволил Морелю этиологически разделить психические болезни на две группы: происходящие от специфических причин, которые сами по себе обладают свойством при известных обстоятельствах вызывать длительные психические расстройства и случайных, временных, которые не обязательно вызывают психические нарушения.

В последнем случае следует считаться с определенными предрасположениями, природой индивидуального темперамента, физиологическим состоянием, а также учитывать пол, возраст, профессию, образ жизни. К числу случайных, временных причин он относил длительные и внезапные эмоции, истощающие моменты, алкогольные и сексуальные эксцессы, биологические факторы: менструальный цикл, лактацию, беременность, климактерий, физиологические моменты.

Таким образом, еще раз подчеркнем, что психиатрическая антропология, пионером которой по праву можно считать Мореля, заложила фундамент не только психиатрии, в которой психические расстройства рассматривались как продукт соматопсихической целостности и разнообразия в межиндивидуальной изменчивости человеческой индивидуальности при различных болезненных состояниях, но послужила неиссякаемым источником знаний для смежных дисциплин.

Французские психиатры особенно широко развили взгляды Мореля. Психические признаки дизонтогенеза наиболее четко были выстроены В.Маньяном и М.Легреном (1895). Они выделяли предрасположенность к туберкулезу, рахиту; позднее к признакам

дизонтогенеза были отнесены неправильное прорезывание зубов; затруднение в ходьбе и становление координации движений; медленное развитие речи, эхолалии, заикание, шепелявость, аграмматизм, ослабление перцепции; острые лихорадочные состояния с конвульсиями; неожиданные реакции при ничтожных болезнях; аномалии характера и нравственного чувства; навязчивые состояния и впечатлительность; злостный онанизм и недержание семени.

Период обучения у лиц с патологической конституцией характеризуется малопродуктивностью и неравномерным развитием способностей. В зрелости наблюдается несостоятельность в различных аспектах жизнедеятельности. В момент столкновения с жизнью чем сильнее выражена предрасположенность, тем меньше необходимо случайных причин для запуска болезни или различных чудачеств: аскетизма, нелепых изобретений, жалких утопий, фанатического боговерования и т.п. В "менструальную эпоху" обнаруживаются импульсивные стремления, навязчивости, половые извращения, наклонность к эксцессам или половая индифферентность. Отмечается также невозможность противостоять ударам судьбы, чувствительность к климатическому фактору, атмосферным колебаниям, почвенным влияниям.

Особое внимание Маньян уделил описанию так называемых "дегенерантов высшего порядка". Центральной чертой этой группы вырождающихся, по его мнению, является неуравновешенность, а также контраст между природной силой, способностями и неумением ими пользоваться. У этих лиц глубина понимания сглаживается ничтожностью действия. Позднее он окончательно кладет в основу патологических психических реакций патофизиологическую теорию дегенерации (прообраз будущих теорий психопатий, дискордантных личностей, хронических неврозов).

Согласно этой теории "предрасположенный" является существом с хрупкой нервной системой, отличающийся неустойчивым равновесием и слабым сопротивлением, что характерно от начала и до конца жизни. Расстройство равновесия составляет характерную особенность их конституции. Оно заключается в отсутствии гармонии между различными функциями, в отсутствии синергии между различными центрами, совместная деятельность которых в нормальном состоянии приспосабливается к определенным условиям. У таких индивидов нет синергии, нет правильных адаптаций или если они есть, то они не полны, не действенны и не

отвечают цели. Центры находятся в состоянии автоматизма, они функционируют без задержек и без контроля в течение определенного времени. Одни центры разрушены или недоразвиты, другие находятся в состоянии кратковременной или длительной повышенной активности, третьи — в состоянии кратковременной или длительной пониженной активности.

Непосредственными результатами такого беспорядочного состояния являются: выпадение некоторых функций; автоматизм перевозбужденных центров; повышенное торможение, оказываемое на центры менее устойчивые. Таким образом, для Маньяна дегенерация является патологическим состоянием личности "конституционально-ослабленной" в своем психофизиологическом развитии и сопротивлении, осуществляющей только несовершенные биологические условия наследственной борьбы за жизнь.

Соотношение психогении или экзогении и почвы, предрасположенности в плане этиологических и патогенетических предпочтений особо остро представил Ch.Fere (1895). Мнимые причины психических расстройств, которые как бы лежат на поверхности и прежде всего бросаются в глаза, маскируют, по его мнению, значение предрасположенности в этиологии психических расстройств. В действительности же эти причины являются только запускающими моментами. Те порочные привычки, которые мы часто склонны рассматривать как причины, — считает Фере, — являются в действительности только ранними симптомами невропатического состояния. В яркой афористической форме Фере подчеркнул это положение. Приведем некоторые из этих лозунгов, достойных упоминания: "Нет любви безумной, а есть любовь безумцев"; "Причины тюремного психоза — присущи заключенному, а не месту заключения"; "Те, кто страдают от эксцессов являются лицами предрасположенными".

Итак, первая волна работ по психиатрической антропологии, начатая с теории дегенерации Мореля положила начало учению о патологических конституциях, оформившуюся со временем в клинические представления о конституциональных психопатиях и невропатиях.

Стала ясной следующая клиническая формула: патогенность действия различных внешних причин находится в обратно пропорциональной зависимости от фактора предрасположения. Чем гармоничнее физическое развитие, чем более равновесно в онтоге-

незе происходит становление психических качеств человека, тем меньше оснований для патологического реагирования. И, наоборот, при накоплении микроаномалий в соматическом габитусе, отклонений в тотальном физическом развитии, признаков психического дизонтогенеза, тем в большей степени нарастает подверженность к патологическим психическим реакциям.

Как видно, приведенные данные имели целью подчеркнуть, говоря современным языком, значимость изучения биологии человека в связи с психическими нарушениями. Они направляли психиатрическую мысль на поиск общих корней между пороком, безумием и преступлением; на оценку социальных ядов: алкоголя и наркотиков на неуравновешенных сластолюбцев; на изучение нейротропного влияния интоксикаций и инфекций на предрасположенных к патологическим реакциям и состояниям. Именно в рамках этих исследований рождались представления о патологической конституции, соматобиологических основах психического недоразвития и дизонтогенеза.

По выражению Ю.В.Каннабиха (1927) учение Мореля о дегенерациях оказалось могучим ферментом, вызвавшим сильное брожение не только в науке о наследственности и психиатрии, но и в криминологии, которая в то время находилась в состоянии своего рода анабиоза, сдавленная мертвыми схемами так называемой классической школой уголовного права. Высказывалось мнение о необходимости подготовки тюремного врача по психиатрии.

Вторая антропологическая волна, возникшая на пересечении криминалистики, психиатрии и антропологии связана с именем Ch.Lombroso (1892). Со временем она оформилась в криминальную антропологию и антропологическую школу уголовного права. Заслуга Ломброзо прежде всего заключается в том, что он при изучении преступлений и преступников применил антропометрические методы. Ломброзо не ограничивался только макроморфометрией, а проводил исследования в области патологической анатомии, физиологии и психологии преступников, изучал их чувствительность, почерк, психические особенности, особенности татуировок. Все это в совокупности первоначально позволило ему выдвинуть атавистическую теорию, провести параллели между дикарем и преступником.

С его точки зрения это сходство обнаруживалось в притуплении чувствительности, неразвитости нравственного чувства, не-

способности к раскаянию, слабости рассудка, любви к татуировкам, особом письме, напоминающем древнюю письменность. Учение Ломброзо и его последователей не стояло на месте. В дальнейшем атавистическая теория дополнялась представлениями о связи психических качеств врожденного преступника с психическими аномалиями типа скрытой эпилепсии и нравственного помешательства. Криминальная антропология позволила приблизить проблему преступлений к области естественных наук и социологии, очищая её от метафизических построений.

Многие положения теории Ломброзо носят чисто исторический интерес и явно устарели, но критика его учения с позиции представлений о сугубо биологической детерминированности преступлений также является тенденциозной. В криминальной антропологии подчеркивается, что для совершения преступления необходимы и внутренние и внешние социальные условия, определенные моменты. Утверждается, что одними общественно-социальными причинами нельзя объяснить преступность.

Школа уголовного права Ломброзо настаивала на следующих тезисах: при прочих равных условиях врожденный преступник совершит преступление, а нормальный человек нет; что у врожденных преступников преобладают внутренние причины и побудительные факторы, приводящие их к преступлению, а у случайных преступников — внешние факторы. Последние совершают преступления в силу особенно неблагоприятно сложившихся обстоятельств. Между этими двумя дискретными группами несомненно существует множество переходов.

Возникает вопрос, какое же значение она имела и имеет теперь? Для этого достаточно обратиться к криминологии, судебной медицине, судебной психиатрии, генетике. В силу дробности и межведомственности многих наук о человеке мы часто забываем о родовых синтетических концепциях. Именно Ломброзо создал такой синтетический исток, в котором развивалось целостное представление о человеческих пороках, безумствах, гениальности, выводя тем самым частные науки на антропологический простор соматопсихической изменчивости человеческих качеств.

В современных генетических исследованиях для уточнения вклада наследственности в какое-либо качество индивида близнецовый метод является одним из наиболее репрезентативных. Расхождение конкордантности по изучаемому признаку между моно-

и дизиготными близнецами указывает на вклад генетики в изучаемый признак. В.П.Эфроимсон (1971) составил сводную таблицу частоты преступности второго близнеца, если первый был преступником, на основе девяти специальных исследований. Оказалось, что частота (конкордантность) преступного поведения однояйцовых близнецов существенно выше (63%), чем у двуяйцовых близнецов (25%). Следовательно суммарный вклад наследственности достаточно велик, что подтверждает значение биокриминологических исследований.

Третья, пожалуй наиболее мощная антропологическая волна исследований в психиатрии, которая вобрала в себя предыдущие исторические тенденции данного направления и внесла существенный вклад в расшифровку вопросов соотношения нозологических группировок психических болезней и их индивидуального выражения связана с работами E.Kretschmer (1921; 1927).

Кречмера поистине можно считать основателем медицинской антропологии и создателем теории конституции человека в психиатрии. Его вклад был уже подробно проанализирован в современной психиатрической литературе и изданы на русском языке основополагающие его книги(1995). История развития этой антропологической волны исследований в психиатрии показала ее необычайную продуктивность в различных проблемах не только психиатрии, но и соматологии, в клинике внутренних болезней а, главное, — конституционология постепенно подводила биологический фундамент под изучение личности и психических болезней.

Основной вклад Э.Кречмера заключается в том, что он впервые с особой убедительностью показал связь соматотипологии и психотипологии в смысле конституционально-биологического ядра личности. Его исследования положили начало клиническому и экспериментально-психологическому исследованию различных сфер психической деятельности и развития психических функций в зависимости от типов телосложения в норме и патологии. В многочисленных исследованиях, основанных на его фундаментальной теории показано, что обнаруживаются выраженные различия между соматотипами по ряду темпераментных характеристик, способности к отвлечению, концентрации внимания, восприятию, мышлению, аффективности, психомоторному темпу, стилю жизнедеятельности, витальному тонусу, особенностям поведения и т.п.

Если обратиться к наиболее крупным руководствам по душевным болезням видных отечественных психиатров раннего и классического периода, то мы увидим, что психиатрическая антропология рассматривалась либо как самостоятельный метод исследования, либо как существенное дополнение к клиническому методу. И.М.Балинский (1859) первым, за разделом наследственности пишет о телосложении в смысле соматопсихического дизонтогенеза. С.С.Корсаков (1901), помимо описания диспластических признаков дает основы антропометрии для оценки психического состояния. И.А.Сикорский (1910) посвящает значительный раздел антропологии в психиатрии в своем крупном руководстве. Ф.Е.Рыбаков (1917) антропологический метод описывает вслед за экспериментально-психологическим и клиническим. В.П.Сербский (1912), В.П.Осипов (1923) тщательно описывают макро- и микроморфологические девиации в строении тела психически больных и указывают на их клиническое значение.

В целом, вся история психиатрии показывает, что стремительный рост знаний в области частной патологии в существенной степени происходит после антропологического его орошения. Современные медико-антропологические исследования позволяют определить некоторые исходные понятия, которые представляются важными при изложении данной части психиатрической пропедевтики.

Клиническая антропология входит самостоятельным разделом в систему антропологических наук и изучает индивидуально-типологическую изменчивость фенотипа и биопсихотипологию больного для оценки их клинико-патогенетического, прогностического и терапевтического значения.

Клиническая антропометрия — основной метод клинической антропологии, позволяющий с помощью специальных инструментов и шкал определить количественные и качественные особенности морфофенотипа конституции, его возрастную, половую, нормальную и патологическую изменчивость во взаимосвязи с клиническими проявлениями болезни.

Клинико-антропологическая модель медицины базируется на учении о конституции. Важно выделять не конституцию вообще, а общую конституцию и ее частные подсистемы.

Общая конституция является интегральным понятием для совокупности относительно стабильных в период жизни человека его соматопсихобиологических характеристик, сложившихся в хо-

де фило- и онтогенеза, которые на уровне целостности обеспечивают генетически детерминированный способ реагирования в ответ на экзогенные и эндогенные изменения. То есть норму реакции зависящей от природы генотипа. При патологических процессах и состояниях норма реакции конституции в существенной мере определяет границы клинической вариабельности, полиморфизма и патоморфоза проявлений болезней человека.

Внешней, наиболее доступной исследованию, относительной устойчивой в онтогенезе и генетически детерминированной является **морфофенотип конституции**. Таким образом, морфофенотип (соматотип, соматический тип, конституционально-морфологический тип) является макроморфологической подсистемой общей конституции и в целом отражает основные особенности динамики онтогенеза, метаболизма, общей реактивности организма и биотипологию личности (темпераментные, энерго-динамические свойства). Наиболее биологически осмысленна трехмерная классификация конституциональных типов, которые определяются по объективным антропометрическим характеристикам.

В биологии человека и медицине конституциональные типы встречаются под разными названиями, но по основным показателям соответствуют друг другу.

Значимыми конституциональными осями являются астенико-нормопикноморфия (гиперстеническая), андро-мезо-гинекоморфия, макромезо-микросомная.

Первая отражает вариации размерности тела в длину и ширину и наиболее связана с психотипологией индивида; вторая — степень соматической половой дифференциации (половой диморфизм) и наиболее коррелирует с гормональным профилем индивида; третья — отражает степень грацилоидности-атлетоидности и наиболее ассоциирована с различиями динамики онтогенеза. Все они находятся в тех или иных коррелятивных взаимосвязях, имеющих эволюционно-биологическое значение.

Основной принцип конституционального подхода состоит не в поисках прямолинейной связи между определенным соматотипом и определенным заболеванием, а преследует цель выявить видовую, клиническую трансформацию родовых свойств болезни на генетическом пересечении биологических основ конституциональных типов с факторами, обусловливающими возникновение болезни.

Многочисленные исследования клинико-конституциональных закономерностей развития различных соматических и психических заболеваний доказывают, что в рамках каждого конституционального типа может быть определен характерный профиль патокинеза патологических процессов и состояний, имеющий значимое диагностическое, прогностическое и терапевтическое значение.

Основное методологическое искажение в учении о конституциях заключается в не различении нормальных конституциональных типов с патологическими, из-за чего крайние соматотипы рассматриваются как субпатологические, диатезные, предрасполагающие к определенному спектру расстройств и заболеваний.

Диатез, как преимущественно наследственно обусловленное болезненное состояние организма и личности относится к патологическим конституциям, выявляется через признаки соматопсихического дизонтогенеза и/или по качественно иной способности реагировать на те влияния эндогенной и экзогенной среды, которые для нормальных конституциональных типов являются безразличными.

Регионарные морфологические дисплазии, включающие как суб- и супранормальные девиации в строении тела, так и собственно малые аномалии развития, являются при их множественном накоплении фенотипической маркерной системой пренатального дизонтогенеза, который обусловливает постнатальную ретардацию в соматической половой дифференциации и эволютивные симптомы и синдромы асинхронии развития различных соматических и психических функций.

Таким образом, основные дефиниции клинико-антропологической модели психиатрии определяют ее антропоцентрическую ориентацию и индивидуализируют основные подходы на научно-обоснованной методологической платформе.

Клиническая антропометрия и конституциональная диагностика в психиатрии

Антропометрическое обследование психически больных проводится по общим правилам методики В.В. Бунака (1941).

Стандартный набор антропометрических инструментов включает антропометр Мартина, большой и малый толстотные цирку-

ли, скользящий циркуль, калипер, миллиметровую ленту. В случае отсутствия антропометрического инструментария используются стандартные весы для определения массы тела, опорный ростомер для определения длины тела и тазомер, использующийся в акушерско-гинекологической практике для определения ширины плеч, поперечного диаметра грудной клетки и тазового диаметра.

Основные правила клинической антропометрии и антропоморфоскопии

Время исследования. Принято проводить антропометрическое обследование в утренние часы, поскольку длина тела уменьшается к концу дня. При необходимости производить измерения во второй половины дня, измеряемый должен провести в сидячем положении до 30 минут.

Организация исследования. Антропометрическое исследование проводится в специально отведенном месте, в спокойной обстановке, после соматического и неврологического обследования, во время которого обследуемый привыкает к врачебным манипуляциям в условиях максимального обнажения. Сам факт детального заинтересованного медицинского освидетельствования состояния общего физического развития, кожных и волосяных покровов, мышц и жировой массы благотворно влияет на больного, поскольку отвечает его социокультурным представлениям о стандартном врачебном обследовании, что создает основу для более доверительного контакта при последующем клинико-психопатологического исследовании. С другой стороны, врач психиатр получает общие представления об особенностях телосложения, пропорциях тела пациента. В период антропометрического исследования можно также составить впечатление о невербальных и вегетативных реакциях пациента, выявить келлоидные рубцы, следы инъекций, порезов, татуировки, что немаловажно для объективизации некоторых анамнестических данных и психического статуса.

Точность измерения. Антропометрические измерения одного размера необходимо повторять три раза, а затем рассчитать среднюю из близких полученных значений. Пределы возможных расхождений для большинства размеров не должны превышать 2-3 мм. Для крупных размеров не более 4-5 мм. По мере накопления опыта средние цифры размеров запоминаются непроизвольно.

Уклонение от этих цифр должны согласовываться с общим впечатлением о размерах тела индивидуума. Малая антропометрическая программа включает в себя определение длины тела, поперечного диаметра грудной клетки, ширины плеч и ширины тазового диаметра (данные параметры, согласно мнению экспертов ВОЗ по биологическим исследованиям психических расстройств описывают 80% морфологической изменчивости человека).

Антропометрическая техника (методика определения конституционально-морфологических типов (соматотипов)).

Измерительный инструмент:	1. Антропометр Мартина или опорный ростомер. 2. Большой толстотный циркуль или тазомер.
Способ измерения:	Определение длины тела.

Обследуемый становится на подставку ростомера босиком, раздетым по пояс в естественно выпрямленной позе; ровно; не слишком вытягиваясь вдоль вертикально укрепленной планки. Пятки сближены, живот подобран, руки слегка прижаты к телу, свободно свисают. Плечи на одном уровне без чрезмерного подъема и опускания. Голова рукой исследователя устанавливается так, чтобы козелковая и нижняя надглазничная точки находились в одной горизонтали. Затем исследователь накладывает линейку ростомера на верхушечную точку и фиксирует ее при помощи левой руки. Нажим линейкой должен быть легкий, без вдавливания в кожу. При густых волосах обследуемого следует их предварительно расправить.

Определение поперечного диаметра грудной клетки. Обследуемый стоит ровно, в естественно выпрямленной позе, так же как и при измерении длины тела. Поперечный диаметр грудной клетки определяется горизонтально на уровне средне- грудинной точки, находящейся в плоскости края IV грудинно-реберного сочленения по средней сагитальной линии, в месте наибольшего выступания боковых частей ребер. Точки расположены близко от средне подмышечной линии. Исследователь плотно охватывает ножки тазомера пальцами правой и левой рук и приставляет инструмент к

измеряемым точкам. При измерении необходимо стоять прямо для сохранения тазомера в горизонтальном положении. Тазомер следует брать не сверху, а снизу, пропуская его ножки между большим и четырьмя остальными пальцами рук. При этих условиях тяжесть инструмента распределяется равномерно по всей кисти и обеспечивается горизонтальная устойчивость прибора. Измерение производится в промежуточной фазе между вдохом и выдохом.

Определение конституционально-морфологического типа

Соматический тип определяется по следующей формуле (*Индекс Риса Айзенка*):

$$\frac{\text{Длина тела} \times 100}{\text{Поперечный диаметр грудной клетки} \times 6}$$

Исходные цифровые границы для отнесения обследованного больного к определенному соматическому типу (приведены границы дискретных соматотипических групп исходя из принципа разбиения множества контрольного массива по квадратичному отклонению для возрастного интервала 21-56 лет с точностью до 0,6 сигмы, что соответствует принципам классической антропологии и соматоскопическим данным).

Для мужчин:

пикнический	<97
нормостенический	97-105
астенический	>105

Для женщин:

пикнический	<96
нормостенический	96-106
астенический	>106

Определение плечевого диаметра.

Положение исследователя спереди. Измеряется большим толстотным циркулем или тазомером между двумя верхними плечевыми точками. Эти точки находятся в области середины внешнего края акромиального отростка, который наиболее выступает при опущенных плечах. При измерении необходимо учитывать, что наиболее латерально выступает часть акромиона на нижнем его крае. Давление ножек циркуля компрессионное.

Определение тазового диаметра.

Положение исследователя спереди. Измеряется также большим толстотным циркулем или тазомером между двумя подвздошног-

ребенковыми точками. Они расположены на наиболее выступающей в сторону части гребней подвздошной кости. Точки удобно определяются одновременно на правой и левой стороне, при последовательном передвижении пальцев рук с фиксированным инструментом по гребням подвздошных костей в передне-заднем направлении. Фиксация точек происходит при значительном давлении на мягкие ткани. У лиц с ожирением это требует определенной силы давления.

Определение степени соматической половой дифференциации (индекс Теннера):

плечевой диаметр х 3 − тазовый диаметр=

Для мужчин:

андроморфия	>93,5
мезоморфия	93,5-87
гинекоморфия	<87

для женщин:

андроморфия	>81
мезоморфия	81-75
гинекоморфия	<75

Индекс типа телосложения, определение соматической половой дифференциации вычисленные по формулам для конкретного больного, сопоставляются с исходными данными.

Иногда, при выраженных тотальных дисплазиях, особенностях строения туловища, раннем применении инсулинотерапии, данные визуального анализа не совпадают с измерительными. Поэтому антропометрические измерения следует дополнять соматоскопической оценкой конституциольноморфологического типа, а в случае отсутствия антропометрического инструмента соматоскопическое исследование является основным. При известном навыке оно дает малую ошибку. Измерительный подход и визуальный не противопоставляются, а дополняют друг друга. Однако только антропометрические измерения делают материалы сопоставимыми. Необходимо также иметь ввиду, что люди чаще всего имеют смешанные компоненты телосложения, поэтому соматоскопические описания носят несколько модельный характер. Однако в целом, всегда можно оценить основной соматотип человека, какие бы гетерогенные налеты не присутствовали.

Дополнительно к основным конституциональным типам следует выделить ростовые параметры (длина тела). Принято считать высоким рост мужчины 176-189 см. и более, женщин 166-175 см. и более. Средний рост соответственно: у мужчин — 166-175 см., у женщин — 156165 см. Низкий рост у мужчин — 156-165 см., у женщин — 146-155 см. (Г.Г. Автандилов, 1990).

Определение массы тела.

Весовой показатель регистрируется с точностью до граммов на медицинских весах. Правильная установка весов заключается в том, чтобы платформа находилась в строго горизонтальном положении. Проверяется с помощью ватерпаса. На основе весо-ростовых характеристик можно получить предварительные данные о пикноморфной или астеноморфной тенденции в телосложении и степени ожирения.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ для контроля за динамикой массо-ростовых соотношений может применятся *индекс Кетле-2*:

масса тела в кг : (длина тела в м) х 2 =

(Значения индекса, равные и превышающие 29 единиц, расцениваются как показатель излишнего веса).

Общие сведения об учении о конституциях для психиатрической практики.

Четыре основных направления сформировали определенную систему взглядов в области конституционологии, в частности на развитие представлений о взаимозависимости телосложения и темперамента (психобиологии личности).

Французская школа Ростана, в дальнейшем Сиго, Шайю и Мак Олифа заложила основы трехмерной конституциональной схемы, выделив дигестивный, мускулярный и респираторно-церебральный типы телосложения. При этом считалось, что определяющим в происхождении данных конституциональных типов является воздействие окружающей среды.

Итальянская школа, представленная Джиовани, Виола и Пенде ввела идею об измерении размеров тела и статистическом анализе. Кроме того, особенно Виола (O.Viola, 1933) развил морфометрическое направление, разработал, для определения соматических типов, ряд оригинальных индексов и впервые конституциональные типы стал рассматривать как нормальные вариации строения человеческого тела в общей популяции.

Немецкая школа, в противоположность этому, начиная с Бенеке и Штиллера, придавала большее значение связи телосложения с определенным кругом заболеваний, чем как бы подчеркивалась идея о предрасположении некоторых болезней к одному из конституциональных типов.

При такой системе взглядов средний тип конституции (нормостенический) уже по определению оценивался в качестве нормального, а полярные типы телосложения: астенический и пикнический (гиперстенический) считались в большинстве исследований в качестве субпатологических, предрасполагающих как

это доказывал Кречмер к шизофрении или маниакально-депрессивному психозу через *соответствующие психофизические конституциональные типы*.

Считалось что почвой для шизофрении является астенический соматотип и шизоидный склад личности, а для маниакально-депрессивной болезни — пикнический соматотип и циклоидный склад личности. Позже пытались обосновать предрасположенность атлетических типов с эпилептоидными чертами к эпилепсии. Именно из-за утверждения этих прямых корреляций больше сторонниками взглядов Кречмера, чем им самим, а также в связи делением всех людей на шизоидов и циклоидов данное учение о конституциях и подвергалось как тенденциозной, так и обоснованной критике. Главное же в учении Кречмера о конституциях и их отношении к психическому складу, психической патологии в определенный период времени практически растворилось в жарких дискуссиях второстепенного плана. Это прежде всего касается многочисленных клинических, патобиографических и экспериментальнопсихологических данных об особенностях каждого конституционального типа на разных уровнях иерархии его индивидуальности: соматической, физиологической, психической и др.

В отечественной психиатрии приоритет в области применения клинической антропометрии и конституциональной диагностики принадлежит Казанской медициской школе, где М.П. Андреев с сотрудниками по рекомендации Т.И.Юдина проводил эти исследования.

Англо-американская школа Гальтона и Пирсона придавала большее значение существованию связей между изолированными размерами тела и отдельными психологическими чертами и подвергала критике западноевропейскую теорию конституциональной типологии. Наиболее видным представителем данного направления стал американский конституционолог Шелдон, который предложил трехмерную классификацию конституциональных типов, но построенную на принципе непрерывного распределения компонент телосложения, Эти компоненты телосложения соматотипов получили название *эндоморфный*, *мезоморфный* и *эктоморфный*, что отражает несколько искусственную теорию их происхождения по зародышевому листку.

Классическими иллюстрациями преобладающей эндоморфии являются диккенсовский Сэмюель Пиквик, мезоморфии — древнегреческий герой Геракл, а крайней эктоморфии — сервантовский Дон Кихот. Соответственно трем соматотипам были выделены и три компонента темперамента: *висцеротонический, соматотонический* и *церебротонический* (Scheldon al.,1942). Коэффициент корреляции между эндоморфией и висцеротонией, мезоморфией и соматотонией, эктоморфией и церебротонией оказался очень высоким — 0,8. Приведем основные признаки из шкалы темперамента по Шелдону.

Эндоморф-висцеротоник. Расслабленная осанка и движения. Приветлив, добросердечен, легок в общении и ровен в выражении своих чувств. Любит сытость и покой, гостей, общество, комфорт и условности в обращении. Желает симпатии и признания, непосредственен в эмоциональном контакте, тщеславен, но терпим. Гурман, хорошо спит, в состоянии опьянения мягок или сверхобщителен и несколько распущен. В тяжелую минуту, момент горя стремится к людям. Склонен воскрешать в воображении детские годы, семейные отношения.

Мезоморф-соматотоник. Уверенная осанка и движения. Непринужден, экстравертен в контакте и поступках, но скрытен в

чувствах и эмоциях. Любит риск, соперничество, приключения, шум, спортивные состязания. Властолюбив, воинственен, психически крепок, игнорирует физическую боль. Агрессивен, настойчив и придирчив в состоянии опьянения. Испытывает потребность в физических упражнениях, голос повышен. Боится скованности, заточения. В тяжелую минуту, момент горя стремится к действию. Склонен воспроизводить в воображении цели и действия, связанные с юношескими годами.

Эктоморф-церебротоник. Скованная осанка и заторможенность в движениях. Сдержан в общении, поведении и чувствах. Контролирует мимику и жесты. Обладает живым умом, наблюдательностью, прилежанием. Интравертен при контакте, скрытен, избегает и боится общества, больших пространств. Отличается непредвиденностью поведения, пониженным голосом, чувствительностью к боли, плохим сном и утомляемостью. Любит одиночество и в момент горя, тяжелые минуты стремится к нему. Проявляет устойчивость к действию алкоголя и других депрессантов. Воображение обращено в будущее.

Понятия о психической конституции, преморбидном складе личности в западноевропейской и отечественной психиатрии формировались в существенной мере под влиянием исследований, доказывающих существенную взаимосвязь между определенным телосложением и определенным физиологическими показателями, типом высшей нервной деятельности, темпераментом, характером, жизненным стилем и т.п.

Описанные выше типы телосложения выраженно или малозаметно образуют базис любой характерологии, поскольку он развивается из элементарных свойств, которые генетически обусловлены.

Согласно недавним исследованиям в области генетики развития такие глобальные черты как эмоциональность (нейротизм), общительность (экстраверсия), активность и даже склонность к подчинению правилам, условностям, авторитетам, традициям, строгой дисциплине на 50% наследственно детерминированы (R.Plomin,1989). Эти данные являются косвенным доказательством теории, согласно которой гены контролирующие телосложение, контролируют также развитие мозга и эндокринной системы, определяющие темперамент. Однако необходимо подчеркнуть, что генетические тенденции и качества реализуются при соответствующих внешних условиях.

Приведем наиболее обоснованные экспериментально и клинически характерные черты описанных выше конституционально-морфологических типов.

При *астеническом типе телосложения* пропорция темперамента колеблется между чувственной гиперестезией, повышенной чувствительностью и анестезией, отстраненным равнодушием. Отмечается интраверсия, робость, тревожность, сенситивность, боязливость, ориентация на внутреннюю жизнь, сдержанность эмоций, склонность к их контролированию. Характерны высокий психомоторный темп, трудная включаемость при выполнении задания, слабая отвлекаемость внимания с узким полем его концентрации, равномерный темп работы с внезапным утомлением. Движения напряженные, быстрые, легкие и элегантные, низкие показатели координации и энергии движений. Мышление рефлектирующее, устойчивое, абстрактное. Стиль деятельности носит характер системы.

При *нормостеническом типе телосложения* пропорция темперамента колеблется между возбудимостью, вспыльчивостью и инертностью, застреваемостью (ригидностью). Характерны энергичность, напористость, сдержанность в чувствах, последовательность в действиях. Отношения ровные, внимание устойчивое. Движения довольно напряженные, тяжеловесные, умеренно быстрые, отрывистые, устойчивость направленности движений и высокая их энергия. Мышление рефлектирующее, устойчивое, тенденция к абстрактному. Развитые пространственные способности, трудности в усвоении родного языка. Стиль деятельности системный.

При *пикническом соматотипе* пропорция темперамента колеблющаяся между экспансией чувств, их приподнятостью (гипертимия) и угнетением, подавленностью (гипотимия) в разнообразных соотношениях или доминирование в течение жизни одной из этих эмоциональных установок. Характерны экстраверсия, синтонность, ориентация на внешнюю жизнь, низкий психомоторный темп с легкой включаемостью в выполнение задания, повышенная отвлекаемость с широким полем концентрации внимания, неравномерный темп работы. Движения свободные, легкие, округленные, плавные, отчетливые с хорошей координацией. Мышление наивное, подвижное, конкретное. Отношения ровные с выраженной непосредственностью чувств. В стиле деятельности преобладает импровизация.

При оценке общей психофизической конституции необходимо иметь ввиду, что естественная конституциональная типология возникла из вероятностно-частотных зависимостей между физическими, физиологическими и психологическими признаками, которые имеют большой эволюционно-биологический, онтогенетический и клинический смысл. Подобно тому как диспластические типы телосложения формируются на основе трех основных соматотипов, конституциональные психопатии представляют собой своеобразные дисгармонии, в основе которых лежат те или иные особенности дизонтогенеза,"психические дисплазии" описанных психических типов в рамках классической конституциональной схемы.

Соматоскопическая диагностика типов телосложения и регионарных морфологических дисплазий

Ориентиром в соматоскопической диагностике основных трех конституциональных типов являются следующие характеристики.

Астенический тип телосложения. Череп небольшого объема, средней ширины. Лицо яйцевидного контура с сужением как в лобной части, так и в подбородочной. Наблюдается также овальный контур с наибольшей шириной на уровне глаз и постепенным сужением к подбородку. Часто отмечается и так называемый "угловой профиль", который выражается прогнатизмом средней части лица и гипоплазированным, отступающим подбородком. Шея тонкая с выступающими щитовидным хрящем и седьмым шейным позвонком. Небольшой кифоз в шейном и верхнегрудном отделах позвоночника, в результате которого голова наклонена над туловищем. Плечи при фронтальном рассмотрении узкие или широкие. Грудная клетка длинная, уплощенная в передне-заднем направлении. При малом жироотложении ребра, в местах сочленения с грудиной, выступают в виде четок. Эпигастральный угол меньше 90 градусов, острый. Выражены над- и подключичные ямки. Руки сухие, тонкомышечные и тонкокостные с удлиненными кистями. Распределение жировой ткани при ожирении по женскому типу в тазовом поясе. Вес тела у характерных типов отстает от длины. Слабый рост в ширину при среднем неуменьшенном росте в длину. У высоких астеников нередко отмечается гинекоморфия.

Нормостенический тип телосложения. Череп средней длины и объема, иногда высокий. Лицевой скелет рельефный с развитыми надбровными дугами, скуловыми костями, нижней челюстью. Часто отмечается ширококостность в дистальных отделах конечностей. Трофический акцент на плечевом поясе. Форма туловища в виде усеченного конуса книзу. Грудная клетка при фронтальном рассмотрении представляется равномерно округленной в виде цилиндра и имеет одинаковую величину в верхнем и нижнем отделах. В передне-заднем направлении она не кажется ни узкой, ни широкой. Эпигастральный угол около 90 градусов. Кожа обладает эластичным тургором или пастозностью. Жировой слой сравнительно умерен. Мышцы хорошо развиты, рельефны. У ожиревших нормостеников контуры тела смягчены. Ноги часто вальгусного типа. Атлетический тип следует рассматривать как гиперпластический вариант нормостенического телосложения. Женщины атлетоидного типа в связи с особенностью распределения жировой ткани ширококостны и массивны.

Пикнический тип телосложения. Череп круглый и широкий. Лицо пятиугольного контура со сглаженным рельефом. Шея короткая, массивная, у молодых пикников, как правило, среднего размера. Гортань выдается незначительно. Часто отмечаются жировые отложения на седьмом шейном позвонке, в надключичных ямках. Грудная клетка широкая, короткая, развита в передне-заднем направлении. Увеличена окружность груди. Расширяющаяся книзу грудная клетка конической формы с тупым эпигастральным углом, более 90 градусов переходит в объемный живот, увеличенный в горизонтальном и передне-заднем направлениях. Жировой слой, покрывая мышечный, подчеркивает плавность линий. Кисти, стопы часто укорочены с увеличенным поперечным размером. Кожа мягкая и хорошо облегает тело. У похудевших пикников в местах жироотложения обнаруживаются кожные складки. Мышцы средней силы и мягкой консистенции. В целом трофический акцент лежит в центре туловища на грудной клетке и животе с обильным жироотложением, которое особенно выражено после 40 лет.

После определения соматотипа следует перейти к оценке регионарных морфологических дисплазий (РМД). Учитывая описательный характер РМД, их можно разделить на 4 типа: альтернативные, которые есть или нет (добавочные соски, полидактилия, синдактилия); гиперпластические (удлинение, увели-

чение, утолщение), гипопластические (укорочение, уменьшение, истончение), дисгармонические (искривления, асимметрии).

Регионарные проявления морфологических особенностей строения следует соотносить с соматотипологической диагностикой, поскольку при астеническом соматотипе легкие гипоплазии тканей являются конституциональным вариантом изменчивости, а для гиперстенического (пикнического) соматотипа они будут являться диспластическими типами. Аналогичным образом РМД следует соотносить с макросомией и микросомией.

Осмотр следует начинать с мозгового черепа спереди, сзади, сверху и в профиль, контролируя пальпацией волосяной части головы бугристость, асимметрии, гиперостозы.

После сопоставления соотношения мозгового черепа с лицевым, последний осматривается на наличие асимметрий в направлении сверху вниз: надбровье, брови, область глазниц, веки, гласные щели, глазное яблоко, склеры. роговицы, зрачок. Затем оценивается строение носа, верхней и нижней челюсти, ротовой щели и каймы губ, языка, неба; особенности прикуса, расположения зубов и деталей их строения.

После оценки лица следует внимательно изучить строение ушных раковин сбоку. Осмотр спереди дает возможность оценить степень оттопыренности или прижатости, осмотр сзади — асимметрию посадки ушей. После этого осматривается шея, туловище, верхние и нижние конечности с особым вниманием к их дистальным отделам. Постепенный осмотр тела по соответствующим областям дает представление о степени его оволосения и особенностях кожи, к оценке которых можно вернуться в заключение.

Все РМД оцениваются с позиции симметрии-асимметрии и с учетом их одно- или двусторонности. Больной во время осмотра должен быть максимально обнажен. Гениталии осматриваются по показаниям (жалобы, признаки эндокринопатии) или с разрешения больного.

Следует соблюдать все правила деонтологии как в словесных высказываниях, так и в невербальном поведении, помня о том, что тело человека требует не меньшей эмпатии, чем его психические переживания. Исследование проводится в белом халате в спокойной, доброжелательной и сосредоточенной манере. После окончания осмотра описывается соматоморфологический статус, в котором по специальным глоссариям стандартизируются РМД. Желательно каждому врачу — психиатру, коллективам отделений

и психиатрических больниц создавать свой фотографический, антропометрический и описательный банк данных морфодисплазий при различных психических расстройствах.

Диспластические типы телосложения в соответствии с современными данными клинической антропологии являются уклоняющимися или акцентуированными вариантами основных соматических типов. В отличие от эндокринопатий, наличие повышенного количества морфодисплазий (дисгенезий) в краниовертебральной области указывает преимущественно на генетическое происхождение диспластических конституций.

Анализ литературных данных показывает что конституциональные особенности характерологии при определенном диспластическом типе наблюдаются вне зависимости от его этиологии (В.А.Строевский, 1993).

Интраверсия в сочетании с пассивностью, вялостью и апатичностью, отмечается и при лептосомно-евнухоидном диспластическом типе телосложения у больных с синдромами Марфана, Клайнфельтера, астенической болезнью Штиллера, при первичном гипогонадизме и гипогонадизме церебрально-органического генеза.

У инфантильно-грацильных микросоматиков отмечаются олигоидные или дефицитарные шизоидные характерологические черты, которые свойственны также больным с аналогичным морфофенотипом при синдроме Нунан-Эмике, пигментном ретинозе Хальгрена и других генетических нарушениях.

В настоящее время описаны три самостоятельных диспластических соматотипа В.А.Строевским (1988), Н.А.Корнетовым (1995). К ним относятся астенически — евнухоидный тип, как крайний вариант лептосомного соматотипа с высокой талией и длинными ногами; низкорослый атлетико-диспластический тип с множественными гиперпластическими дисплазиями и инфантильно- грацильный с психофизическим инфантилизмом.

Клинико-конституциональные закономерности проявления психических расстройств (по МКБ-10)

Шизофрения (F20)

Современными клинико-антропометрическими исследованиями установлено, что частота встречаемости трех основных сомато-

типов у больных шизофренией и здоровых лиц не различается, что позволяет опровергнуть традиционный взгляд о тропности шизофрении к астеническому типу телосложения. В рамках основных форм шизофрении наблюдается значительная корреляция между астеническим соматотипом и непараноидными подтипами заболевания (F20.1-2,6), между нормостеническим соматотипом и параноидной шизофренией (F20.0), между пикническим соматотипом и шизоаффективным расстройством (F25).

Существует точка зрения, что шизоаффективный психоз является шизофренией у больных с пикническим соматотипом, циклоидным преморбидным складом, которые заболевают около 30 лет. Между непрерывным течением(F20.x0) шизофренического процесса и астеническим соматотипом; эпизодическим течением с нарастающим или стабильным дефектом (F20.x1-2) и нормостеническим соматотипом; эпизодически ремиттирующим течением (F20.x3) и пикническим соматотипом отмечаются стойкие закономерные взаимосвязи.

При вышеописанных диспластических соматотипах отмечается часто недифференцированная шизофрения (F20.3) с полиморфной несистематизированной галлюцинаторнопараноидной, кататоно-параноидной и гебефренической симптоматикой с быстрой стабилизацией дефекта и тяжелыми клиническими и социальными исходами. Выделена морфотипическая триада "ядерной" шизофрении с непрерывно-прогредиентным типом течения, обозначенная как синдром "ДИСГИНАСТ", включающий множественные регионарные морфологические дисплазии, гинекоморфию в пропорциях телосложения и астенический соматотип (Н.А.Корнетов, 1987-1988). Более 27% больных шизофренией, находящиеся не менее трех раз на стационарном лечении имеют множественные морфодисплазии.

Отчетливо определяется их связь с психическими признаками дизонтогенеза, более ранним началом шизофрении, чувствительностью к нейролептической терапии, некоторыми особенностями симптоматики, типологически сходной с проявлениями данного заболевания на резидуально-органическом фоне (А.И.Нисс,1992).

Конституционально предпочтительные профили патокинеза шизофрении выражаются следующим образом.

Астенический соматотип связан с шизоидным преморбидным складом, наблюдается чаще у мужчин и определяет возраст заболева-

ния до 23 лет, длительный, более года инициальный период, инертные малопродуктивные синдромы в манифестный период заболевания, когда за неврозоподобным и психопатоподобным фасадом нарастает симплекс- симптоматика с преимущественно эмоционально-волевыми и негрубыми расстройствами мышления.

Бредовые и галлюцинаторные расстройства, психические автоматизмы представлены в неразвернутом виде. Они носят рудиментарный, транзиторный характер и на основе утраты единства ассоциативного процесса образуют целый ряд аутистических бредоподобных фантазий по кататимным механизмам.

Вокруг этого клинического ядра, особенно при наличии признаков соматопсихического дизонтогенеза по типу синдрома "минимальной мозговой дисфункции" возникают кататоно-па- раноидные, кататонические, гебефренические психотические эпизоды с короткими лекарственными ремиссиями низкого качества. Динамика болезни протекает по типу "шизофренической катастрофы" (F.Mauz,1930) или ранней стабилизации процесса с последующими субпсихотическими или психотическими экзацер бациями. На отдаленном этапе течения формируются апатико-абулические или полиморфные кататоногаллюцинаторно-параноидные резидуальные состояния с разорванностью мыш- ления или шизофазией. Характерна выраженная социальная дезадаптация.

Пикнический соматотип связан с циклоидным преморбидным складом, наблюдается чаще у женщин и определяет возраст ко времени начала болезни около 30 лет и старше. Инициальный период короткий до трех месяцев с полиморфной аффективной симптоматикой и наличием экзогенных факторов в провокации психотического приступа. Собственно манифестный период состоит из острых психотических приступов, сменяющихся в результате лечения полными качественными ремиссиями с легкой астенической или тимопатической симптоматикой.

Психопатологическая симптоматика в период психотических эпизодов аффективно насыщена и представлена острым чувственным бредом, яркими галлюцинаторно-параноидными синдромами с развернутыми вариантами синдрома Кандинского-Клерамбо, а также экспансивно-параноидными и депрессивно-параноидными приступами. В случае позднего обращения к психиатру возможно развитие онейроидно-кататонических состоя- ний. Характерна динамика болезни по типу клише или "убывающих реци-

дивов" с формированием относительно неглубокого "чистого дефекта" и относительно неглубокого нарушения социальной адаптации на отдаленном этапе течения.

При нормостеническом соматотипе повышена вероятность эксплозивного преморбидного склада личности, длительного инициального периода с паранойяльной симптоматикой, простых мономорфных синдромов в дебюте заболевания, как правило параноидных и галлюцинаторных. Характерен параноидный тип ремиссии.

Динамика болезни проявляется в виде "усложняющихся" приступов, при которых возникают генерализованные галлюцинаторно-параноидные картины, синдром Кандинского-Клерамбо. После 3-5 приступов отчетливо видны кататоно-гебефренные включения или фантастическое преобразование бреда с присоединением идей величия на фоне эмоциональноволевого снижения. На отдаленных этапах течения бредовые системы распадаются и больные могут элементарно адаптироваться к несложным видам труда при хорошей семейной поддержке или систематической трудотерапии в подсобных хозяйствах. Таковы общие закономерности проявления шизофрении в клинико-конституциональных взаимосвязях.

Следует отметить, что они построены на вероятностно-статистических данных и не являются абсолютным правилом. В тоже время знание о конституциональной зависимости осевых шизофренических расстройств позволяет, в случае явного несовпадения какого-либо отдельного клинического наблюдения, предположить влияние иных, дополнительных факторов и условий формирования болезни, тем самым подталкивая врача к более углубленному клинико-психопатологическому анализу.

Биполярное аффективное расстройство (F31)

При данном заболевании имеется некоторое увеличение частоты встречаемости больных с пикническим соматотипом, чем с астеническим. Однако эти данные нуждаются в дальнейшей проверке ввиду недостаточной изученности возрастной изменчивости типов телосложения и небольших выборок больных (Г.Г.Симуткин, 1994).

При пикническом соматотипе и циклоидном преморбидном складе личности возраст начала заболевания приближается в сред-

нем к 40 годам и часто сопровождается психогенной провокацией. Течение носит характер повторяющихся однотипных приступов (фаз) в виде простой заторможенной депрессии или мании (гипомании) с экспансией аффекта. При хорошо подобранной профилактической терапии солями лития удается добиться легких эпизодов депрессии и гипомании, которые практически не нарушают социально-трудовой деятельности. Отмечается в целом стабильность циклов болезни и большая доля интермиссий.

При астеническом соматотипе с тревожно-мнительными тормозимыми чертами нециклоидного типа заболевание чаще развивается аутохтонно в возрасте от 20 до 30 лет с преобладанием в эпизодах болезни адинамической (астено-апатической) депрессии или безрадостных маний с суетливостью и возбуждением, расторможенностью и распущенностью поведения психопатоподобного типа. Течение носит прогрессирующий характер с удлинением циклов болезни за счет аффективных расстройств и характеризуется малой долей интермиссий. На астеническом соматотипическом полюсе отмечается увеличение регионарных морфологических дисплазий и невропатических признаков в анамнезе, что ассоциируется с более тяжелым исходом биполярных расстройств у этих больных.

При нормостеническом соматотипе наряду с циклоидными чертами отмечаются возбудимые эпилептоидного типа. Учитывая большую гетерогенность данного типа телосложения ввиду его промежуточного характера, в данном случае отмечается больший клинический полиморфизм и биполярного расстройства. Наиболее явно выступает раздраженный характер мании с преимущественно с гиперактивностью и депрессии с дисфориоподобной окраской. Наибольший успех в противорецидивном лечении при такой клиники приступов болезни принадлежит карбамазепину (Г.Г.Симуткин, 1994).

Рекуррентное депрессивное расстройство (F33)

Частота встречаемости соматотипов при рекуррентной депрессии по сравнению с распределением их у здоровых лиц не различается.

При пикническом соматотипе обнаруживается связь с циклоидами гипотимного полюса. Начало заболевания чаще аутохтонное, подострое, после 40 лет с дистимической симптоматикой в

инициальном периоде. Преобладают простые заторможенные депрессии. Становление интермиссий происходит в течение месяца, на отдаленном этапе течения сохраняется высокий уровень социальной адаптации.

При астеническом соматотипе преобладают больные с психастеническими и астеническими чертами. Заболевание развивается в среднем около 25 лет, с психогенным запуском и постепенным инициальным периодом, для которого характерны психовегетативные, анергические и алгические симптомы (суммарно у 85% больных). Структура депрессий чаще с адинамическим и ипохондрическим компонентом. Становление ремиссий длительное в течение года, низкий уровень социальной адаптации на отдаленном этапе течения. Более эффективны антидепрессанты балансирующего действия.

При нормостеническом соматотипе отмечается связь с эпилептоидными чертами преморбидного склада личности. В среднем первая депрессия возникает в 35 лет, часто после соматогенной провокации с внезапным или острым (дни) началом и депрессивными приступами тревожной, анестетической или дисфориоподобной структуры. Становление ремиссий с реактивной лабильностью происходит в течение 3 месяцев. На отдаленном этапе течения депрессии носят более длительный характер с выраженным укорочением ремиссий. Наиболее эффективны антидепрессанты седативного действия. (Е.Д.Счастный, 1994; Н.А.Корнетов, Е.Д. Счастный, 1995).

Дистимия (F34.1)

Распределение соматотипов у больных дистимией и здоровых лиц не различается. В специальном исследовании математическими методами изучался вклад тех или иных факторов (наследственное отягощение, преморбидные особенности личности, наличие психосоциальных стрессоров, соматогений, степень тяжести дистимии и ее типологический вариант) в "обобщенный симптомокомплекс дистимии" с учетом соматотипической принадлежности больных (М.В.Полищук, 1996).

При *пикническом соматотипе* наиболее выражен компонент "эндогенности", при *астеническом соматотипе* имеет значение тяжесть депрессивных симптомов по шкале депрессии Гамильтона, а при

нормостеническом соматотипе ведущее значение имеет "комплекс причин" — наличие психогенных и соматогенных факторов.

В целом можно сделать вывод о большем значении тимопатических личностных особенностей в развитии дистимий у пикников и невротических механизмов, связанных со стрессом и астенизацией "почвы" у нормостеников и астеников.

Психогенная депрессия и депрессивные реакции (F32.0-2; 43.20-22)

Установлено, что клиническая неоднородность психогенных депрессий в существенной степени определяется различными конституциональными особенностями больных в их психофизическом складе, а также связанными с этим нейроэндокринными и иммунологическими реакциями в условиях патогенного действия психосоциального стрессора и реактивных депрессивных переживаний (Н.А.Корнетов, 1993).

У лиц с пикническим соматотипом и циклоидными чертами личности чаще наблюдается эндореактивный вариант психогенной депрессии, при котором соматические симптомы, "витальный" компонент депрессии выступают на первый план по сравнению с реактивными переживаниями. Отмечаются субшоковые реакции смешанного характера, ведущий депрессивный или тревожно-депрессивный синдром, тенденция к затяжному течению. В случае отсутствия терапии формируется дистимия по тимопатическому варианту.

Для лиц с нормостеническим соматотипом характерны эпилептоидные черты личности, чаще в форме возбудимости и застреваемости. Депрессия протекает по классическому реактивному типу. После значимой психогении отмечаются гиперкинетические фугиформные аффективно- шоковые реакции, депрессивный синдром выступает в отчетливой идеаторной аранжировке: сверхценный моноидеизм, овладевающие представления и астенический мантизм преимущественно в вечернее время с последующей диссомнией и интрасомнией, психовегетативные расстройства составляют основу данной разновидности психогенной депрессии. В случае позднего обращения может сформироваться дистимия с преимущественно соматовегетативными расстройствами.

Для лиц с *астеническим соматотипом* и тормозимыми чертами в преморбидных особенностях характерен вариант психогенной депрессии по типу "депрессии истощения". Инициальные проявления выражались преимущественно в форме акинетической субступорозной аффективно-шоковой реакции или в виде эмоционального паралича. Ведущим являлась астеническая депрессия. При склонности к затяжному течению может произойти трансформация в депрессивноипохондрический синдром. При позднем обращении формируется дистимия адинамического типа с общей хронической анергией и утомляемостью.

Эпилепсия

У больных и их родственников чаще, чем среди здоровых лиц отмечается диспластичность в телосложении, атлетический соматотип и несколько реже лептосомное (астеническое) и пикническое телосложение. Диспластичность у больных и у родственников атлетического соматотипа в два раза выше по сравнению с другими соматотипами, что позволяет выделить атлетико-диспластический тип. Данный соматотип, наряду с эпилептоидностью преморбидного склада чаще выявляется при генуинной и генерализованной эпилепсией.

При *атлетическом соматотипе* в среднем заболевание начинается в 10 лет, при лептосомном — в 12 лет, при пикническом — в 15 лет. По мере нарастания от "грацильности" к "атлетизму" в телосложении у больных с накоплением дисплазий, преморбидным интеллектуальным дефектом и характерологическими сдвигами по эпилептоидному и органическому типу, эпилепсия протекает прогредиентно, чаще приводит к слабоумию и социально-трудовой дезадаптации.

Специфические расстройства личности (F60)

В настоящее время клинико-антропометрические исследования показали, что конститционально-биологическим ядром аномального психического склада при зависимом (астеническом, пассивным) расстройстве личности (F60.7) является астенический соматотип, при котором выражены множественные гипопластические морфодисплазии, черты инфантилизма в пропорциях телосложения (грацилизация, евнухоидизм, гипотрофия). (Н.А.Корнетов, О.Д.Головин, 1993; О.Д.Головин 1996).

Соматические признаки дизонтогенеза сочетаются с неврологическими, вегетативными и психическими. Отмечаются нарушения естественного вскармливания, слабое сосание груди, пристрастие к соске, частые срыгивания, аффект-респираторные приступы, яктации туловища, сосание пальца, неустойчивый вес, аноректические эпизоды, энурез, заикание, ночные страхи. психические идиосинкразии. В более старшем возрасте регистрируется общая гиперпатия, склонность к простудным заболеваниям, вегетативные дисфункции, неофобия, иногда энурез и заикание, сложности адаптации в детских коллективах. При стрессах склонны к нервной рвоте, диареи, головокружениям, обморокам, потливости, носовым кровотечениям и др. Моторная неловкость, застенчивость, робость выступают особенно ярко в период пубертатного криза, который значительно отставлен во времени и сопровождается дисморфофобиями, частой мастурбацией, чувством сексуальной несостоятельности. Возраст менархе сдвинут к 13-14 годам и сопровождается альгодисменореей. Отмечается нередко ретродевиация, инфантилизм и пороки развития матки.

Таким образом, "эндокринопатический" тип дизонтогенеза ассоциируется с невропатическим синдромом, которые и составляют биотипологическую основу данного расстройства личности. На этой же конституциональной основе, при менее резких формах лептосомности, образуются шизоидное расстройство личности (F60.1), ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности (F60.5) и тревожное (уклоняющееся) расстройство личности (F60.0). Однако эти данные нуждаются в клинико-статистических и антропометрических подтверждениях.

При истерическом расстройстве личности (F60.4) чаще всего отмечается инфантильно-грацильный тип телосложения, затем нормостенический и астенический, что в целом отражает представления о часто наблюдаемом психофизическом инфантилизме этих пациентов (В.Я. Семке, 1988). О других аномалиях личности в сопоставлении с их соматотипологическими особенностями и характеристиками соматопсихического дизонтогенеза современных данных нет.

Нервная анорексия (F50.0)

У большинства больных с нервной анорексией отмечается нормостенический соматотип. Лица с гиперстеническим (пикниче-

ским) соматотипом чаще наблюдались при булимическом варианте нервной анорексии, чем у больных с рестриктивным типом этого расстройства. Астенический соматотип распределялся равновероятно. Избыточная масса тела в преморбидном периоде регистрировалась у 33% больных с нервной анорексией. При булимическом варианте нервной анорексии в преморбидном периоде ожирение алиментарно-конституционального характера определено у 45% пациентов, что значительно отличается от ее распространенности при рестриктивном варианте нервной анорексии (23,5%). Для больных характерно устойчивое патологическое стремление к изменению пропорций тела без учёта конституциональных особенностей (В.И.Крылов, 1996).

Расстройства сексуального предпочтения [парафилии] (F65)

Обнаруживается относительное увеличение лиц с нормостеническим и астеническим соматотипами по сравнению с пикническим телосложением. Более эффективным морфологическим дискриминатором пола, отражающим степень соматической половой дифференциации (Н.А.Корнетов, 1989) оказался индекс Теннера.

Среди лиц, выявляющих парафильное поведение преобладала гинекоморфия (пропорции телосложения, приближающиеся к подростковым) — 40,8%, мезоморфия — 37,0% и лишь в 22,2% — андроморфия. Явное смещение к гинекоморфному полюсу, гипоандрогения в пренатальном онтогенезе и сцепленность высокой активности фермента дофамин-b-гидроксилазы, проявляющего стабильную активность на всем протяжении жизни человека в силу его высокой генетической детерминации, позволяют предполагать и некоторые биохимические особенности у лиц с конституциональной соматической половой ретардацией и данной сексуальной дисфункцией (А.А.Ткаченко, 1996).

Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя (F10)

Изучение алкоголизма и алкогольных психозов при соматотипической диагностики больных показало преобладание астенический преморбидных черт, систематического пьянства, часто в одиночку, "плато" толерантности, абстинентного синдрома с пре-

обладанием психических расстройств, коротких ремиссий (до 6 месяцев) астено-апатического заострения личности у лиц с астеническим соматотипом.

Белая горячка протекает с выраженными компонентом слуховых галлюцинаций. Еще на ранних стадиях проявления алкоголизма опьянение носит характер оглушения разной степени выраженности с последующей амнезией. Сложные формы белой горячки с прогредиентным течением алкоголизма отмечаются у больных с инфантильными, евнухоидными и гинекоморфными компонентами в телосложении в сочетании с гинекотимической компонентой в темпераменте ("безвольность", "слабость" характера и по определению жен алкоголиков в сочетании с претенциозностью и демонстративностью поведения).

Нормостенический соматотип взаимосвязан с возбудимыми чертами личности и алкоголизм характеризуется "плато" толерантностью, абстинентным синдромом с преобладанием психических расстройств, псевдозапоями, короткими ремиссиями (до 6 месяцев), эксплозивным заострением личности, среднепрогредиентным темпом алкоголизма. Белая горячка протекает с бредовым компонентом, часто встречается эпилептиформный дебют алкогольного психоза. В опьянении, особенно при выраженных атлетических компонентах в телосложении проявляется дисфоричность, гетероагрессия, социопатическое опьянение.

При пикническом соматотипе, который коррелирует с циклоидными чертами личности характерные закономерности развития алкоголизма заключаются в нарастающей толерантности, периодических запоях, часто обусловленных циклотимическими и дистимическими расстройствами настроения; характерны абстиненция с соматовегетативными расстройствами, отставленное опохмеление, ремиссии высокого качества продолжительностью до года и более, малопрогредиентное течение, белые горячки простого типа, преимущественно со зрительными галлюцинациями и психомоторного типа, когда на первый план выступают не зрительные галлюцинации, а резкое возбуждение. В опьянении еще на ранних стадиях можно отчетливо наблюдать ведущий радикал циклоидности: слезы и упадок настроения, радушие и эйфория или смены того и другого. На отдаленных этапах наблюдается регрессивно-синтонное заострение личности (Н.А.Корнетов, В.Я. Губерник, 1983; 1996; Н.А. Корнетов с соавт., 1987; О.К. Галактионов, 1996).

У женщин, страдающих алкоголизмом несколько ниже число больных с нормостеническим соматотипом. Во всех возрастных группах отмечается меньший обхват груди и ягодиц, понижено процентное содержание мышечной и жировой тканей, снижены значения силовых показателей по сравнению со здоровыми. У молодых больных алкоголизмом, наоборот, увеличен объем талии (Ю.И.Никитин с соавт., 1980).

Эти данные подчеркивают злокачественность клинических проявлений алкоголизма у женщин, который тотально нарушает нейроэндокринные функции и сказывается на динамических мышечножировых компонентах конституции. Кроме того, они имеют важное диагностическое значение. Типичный соматоскопический облик больной с поздними стадиями алкоголизмом имеет кушингоидный тип конституции в телосложении и выражается круглым одутловатым маскообразным лицом с плеторической окраской, гирсутизмом, суженными глазными щелями с тупым взглядом, выраженным кариесом зубов, гипотрофией грудных желез, худыми гипотрофичными ягодицами и конечностями, огрубением костного скелета пальцевых фаланг, отвислым животом, жировой подушкой на бугорке Венеры, нарушением менструального цикла, аменореей.

Потомство от матерей больных алкоголизмом с алкогольным синдромом плода (синдром алкогольной эмбриофетопатии [САЭ]) по литературным данным варьирует в пределах 30-50% случаев. Частота САЭ на 1000 новорожденных в мире в среднем составляет 1,9 : 1000. Алкогольная эмбриофетопатия находится на одном из первых мест как причина умственной отсталости. Диагностика САЭ не представляет затруднений, при знании признаков соматопсихического дизонтогенеза.

Перечислим наиболее принятые и часто встречающиеся.

Для лиц с САЭ характерен малый рост, низкая масса тела, относительная микрокефалия, эпикантус, блефарофимоз, птоз век, антимонголоидное строение глазных щелей, реже микрофтальмия; страбизм, гипертелоризм, короткая спинка носа, удлиненное расстояние между носом и верхней губой, гипоплазия фильтра, узкая красная кайма губ при более тонкой верхней губе, гипоплазия нижней и/или верхней челюсти (соответственно: микрогения и микрогнатия), уплощение средней части лица, высокое небо, микродентия, дисплазии ушных раковин.

САЭ сопровождается психическими нарушениями (90-100%), гиперкинетическим синдромом (68-72%), задержками интеллектуального и психологического развития (80-93%), умственной отсталостью (у потомства матерей, больных алкоголизмом [5-50%])(цит. по обзору лит. О.Ю.Донец, 1992).

Умственная отсталость (F70-79)

При легких степенях недифференцированной олигофрении большое диагностическое значение имеет регистрация регионарных морфологических дисплазий (РМД), которые включают как собственно малые аномалии развития, так и суб- и супранормальные отклонения в строении тела. Они рассматриваются как фенотипические маркеры пренатального дизонтогенеза и достаточно интимно связаны с нарушениями развития центральной нервной системы (Л.О.Бадалян, 1975; Н.А.Корнетов,1978; 1996).

При олигофрении чаще всего отмечаются дисплазии в строении мозгового и лицевого черепа, уха, дистальных отделов конечностей, кожи. При военно-врачебной экспертизе эти данные в сопоставлении с клиникой умственной отсталости и экспериментально-психологическим заключением имеют существенное диагностическое значение. Обязательно следует проводить измерение окружности головы миллиметровой лентой через наиболее выдающуюся затылочную точку (инион) и лобную точку в области переносья (глабелла) при легком нажиме.

Микрокефалия отмечается при окружности головы менее 40 см., относительная микрокефалия — менее 50 см., гидрокефалия - более 70 см. Среди психической патологии при олигофрении регистрируется наибольшее число множественных РМД — пять и более (В.П.Самохвалов, В.А.Строевский,1993).

При имбецильности и идиотии часто отмечается антропоидный облик с долихокефальным черепом и скошенным лбом, проляпсом нижней губы, деформированной формой ушной раковины. Характерны покатые плечи, непропорционально удлиненные или укороченные руки, плоская стопа и множественные морфодисплазии.

Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (F90-F98)

Это весьма пестрая группа психических расстройств с разными причинными факторами формирования и их взаимодействия имеют по крайней мере в двух больших диагностических рубриках разные конституционально-биологические корни.

При "энцефалопатическом" варианте дизонтогенеза, который преимущественно проявляется при соматоскопической диагностике множественными морфодисплазиями в краниовертебральном фокусе наибольшая вероятность развития гиперкинетического расстройства (F90), расстройства поведения (F91), в меньшей степени смешанные расстройства поведения и эмоций (F92)

При "эндокринопатическом" варианте дизонтогенеза, который был описан выше в рамках формирования астенических черт личности, наиболее вероятен широкий спектр эмоциональных расстройств детского возраста (F93): тревожных (F93.0), фобических тревожных (F93.1), социальных тревожных (F93.2) и др.

Диагностика психического дизонтогенеза по морфодиспластическим признакам и особенностям физического развития ребенка важна и в понимании таких специфических расстройств как элективный мутизм (F94.0), реактивное расстройство привязанности (F94.2), расторможенное расстройства привязанности (F94.2), транзиторные и хронические тикозные расстройства (F95.0-1) неорганический энурез (F98.0), энкопрез (F98.1), стереотипные двигательные расстройства (F98.4), заикание (F98.5) и др.

Все это требует дальнейшей разработки общей интегративной теории онтогенеза, в том числе в связи с современными задачами валеологии — науки о здоровье.

Таким образом клиническую антропологию с ее методом, подходом и принципами можно рассматривать как одно из фундаментальных направлений, позволяющее углубить и расширить основы клиникопсихопатологического метода. С другой стороны, она может рассматриваться как существенное дополнение к основам психиатрического обследования. Крупный отечественный детский психиатр Г.Е. Сухарева писала: " Клиницист — это не только наблюдатель у постели больного, хотя тонкость наблюдения является необходимым условием его работы; он, как и всякий ученый, собирая и описывая факты, изучает условия возникновения и законы их развития".

РУССКО-АНГЛИЙСКИЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ РАЗГОВОРНИК

ОБЩИЕ АНКЕТНЫЕ СВЕДЕНИЯ

1. Имя, фамилия, отчество? Напишите, пожалуйста.	[What is] your full name? Will you write it here, please?
2. Ваш возраст? (Сколько Вам лет?) Напишите цифрой.	How old are you? (Your age ?) Put down the figures.
3. Ваша национальность?	[What 's] your nationality?
4. Вы холосты (не замужем), женаты (замужем)?	Are you single, married?
5. Образование (высшее, среднее, начальное)?	[What 's] your education?
6. Кто Вы по профессии?	What do you do? (What is your occupation?) What are you?
7. Где Вы работаете?	Where do you work?
8. Чем Вы занимаетесь?	What work are you engaged on?
9. Вы на пенсии? По инвалидности или по возрасту?	Are you on a pension? Are you on a pension because of your age or your health?
10. Вы инвалид?	Are you an invalid?
11. Вы инвалид какой группы?	What type of invalid are you?
12. Ваш домашний адрес?	Your home adress, please?
13. Адрес Вашей работы?	Your business adress?
14. Дата рождения?	[What's] your date of birth?
15. Место рождения?	[Your] Place of birth?
16. Ваш домашний (рабочий) телефон?	Your home (business) telephone number?

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

1. На что Вы жалуетесь?	What is your complaint?
2. Что случилось с Вами?	What is the matter?
3. Что (еще) беспокоит?	What [else] is wrong with you?
4. Что Вас привело в больницу?	What's brought you to the hospital?
5. Как Вы себя чувствуете?	How do you feel?
6. Есть еще какие-нибудь жалобы?	Any other problems?

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Наследственность и семейный анамнез

1. Сколько человек в семье?	How many of you are there in your family?
2. У Вас есть дети? Сколько?	Have you got children? How many?
3. Дети здоровы?	Are your children well?
4. Ваши родители живы, умерли?	Are your parents living or dead?
5. От чего они умерли? В каком возрасте?	What caused their death? At what age?
6. У Вас есть братья, сестры?	Do you have brothers, sisters?
7. Они здоровы?	Are they healthy?
8. В Вашей семье кто-нибудь (был) серьезно болен?	Is anyone in your family seriously ill? (Has anyone in your family been seriously ill?)
9. В Вашей семье были (есть) больные эпилепсией (шизофренией, другими психическими заболеваниями)?	Is there any history of epylepsy (schizophrenia or another mental diseases) in your family?
10. У Вас в семье есть (были) душевнобольные или покончившие жизнь самоубийством?	Has there been anyone in your family who is (was) insane or committed suicide?
11. В Вашей семье еще кто-нибудь имеет подобные жалобы?	Is there anybody in your family who has similar complaints?

1. Каким по счету ребенком Вы были в семье?	Which child are you in your family?
2. Сколько лет было Вашим роди телям, когда Вы родились?	How old were your parents when you were born?
3. Не было ли у матери само-про извольных выкидышей?	Did your mother have any spontaneous miscarriages?
4. Как протекали беременность и роды у Вашей матери?	What was the history of your mothers pregnansy and labor (delivery, birth activity)?
5. Как Вы развивались в детском возрасте? (прорезывание зубов, начало стояния и ходьбы, развитие речи)	What was your mental and phisical development in childhood? (teething, the begining of standing and walking, speech development)
6. Не было ли детских ночных страхов (сноговорения, снохождения, ночного недержания мочи, судорожных явлений, заикания)?	Did you have child's night-mares, did you speak or walk while sleeping; did you have night involuntary urination (night urinary incontinences), any episodes of cramps (convulsions) or stammer?
7. Какэя была успеваемость в школе?	How did your progress at school?
8. Были ли друзья в школе? Сколько?	Did you have any school-mates? How many?
9. Вы легко заводите друзей?	Do you make friends easily?
10. С какого возраста Вы начали работать?	At what age did you begin working?
11. Где и кем?	Where and what?
12. Сколько лет Вы работаете на данном предприятии (по данной профессии)?	For how many years have you been working at this place (in this profession)?
13. Почему поменяли работу?	Why have you changed your work?
14. Какие санитарные условия у Вас на работе?	What are the sanitary conditions at your work?

15. Какие производственные вредности на Вашем предприятии?	What industrial hazards are there at your place of work?
16. Работа ночная (дневная, сменная)?	Are you on nightshift (dayshift)? (Are you a shift-worker)?
17. Какая у Вас квартира?	What kind of flat do you live in?
18. На каком этаже? Сколько комнат?	On what floor? How many rooms do you have?
19. Сколько человек проживает на данной площади вместе с Вами?	How many people share the flat with you?
20. Какие (санитарные) условия у Вас дома?	What are your home [sanitary] conditions?
21. Помещение сухое (сырое, теплое), хорошо (плохо) проветриваемое?	Is the dwelling dry (damp, warm), well (poorly) ventilated?
22. Каковы материальные условия в Вашей семье?	How is your family situated financialy? (What's your financial state)?

Перенесенные болезни и вредные привычки

1. Какими болезнями Вы болели в прошлом?	What diseases have you had in the past?
2. Какие болезни Вы перенесли в детстве?	What diseases did you have as a child?
3. Какими детскими болезнями Вы болели?	What children's deseases did you have?
4. Вы болели венерическими болезнями (сифилис, гонорея)?	Have you ever had a veneral disease (syphilis, gonorrhea)?
5. У Вас не было инфекционных заболеваний (туберкулез, менингит, энцефалит)?	Have you ever had an infectious disease (tuberculosis, meningitis, encephalitis?)
6. Не было ли у Вас черепно-мозговых травм?	Have you ever had any skull injuries?

7. У Вас есть повышенная чувствительность к каким-нибудь лекарствам?	Are you allergic to any drugs?
8. Вы курите? Сколько сигарет в течение дня Вы выкуриваете?	Do you smoke? How many cigarettes a day do you smoke?
9. У Вас есть пристрастие к спиртным напиткам (наркотикам, какому-нибудь лекарству)?	Have you a narcotic habit an excessive drinking habit, some drug habit)?
10. Как часто Вы употребляете спиртные напитки? Какие?	How often do you take alcoholic drinks? What drinks?
11. Возникает ли у Вас похмелье?	Do you develop hang-over syndrome?
12. Много ли Вам нужно выпить, чтобы захмелеть?	How much alcohol should you drink to get tipsy (drunk)?

Характер больного (до начала психического заболевания)

1. Каким Вы были по характеру в детстве (общительным или замкнутым, смелым или робким, энергичным или спокойным)?	What kind of character did you have in childhood (cooperative or unsociable, bold or shy, energetic or calm)?
2. Какие у Вас были отношения с родителями, товарищами и учителями в школе?	What kind of relationships did you have with your parents, friends and school-teachers?
3. Каким Вы были по характеру в зрелом возрасте?	What kind of character did you have when matured?

История настоящего заболевания

1. Когда появились первые признаки психического заболевания?	When did you notice the first symptoms of mental disease appear?
2. Как давно Вы болеете?	How long have you been ill?

3. Вы лечились по поводу своей болезни?	Were you treated for youillness?
4. В чем состояло лечение?	What did the treatment consist of?
5. Наступало ли улучшение после лечения?	Did you have a relief after the treatment?
6. Болезнь нарастала постепенно или наступали периоды улучшения?	Had your disease been developing gradually or were there any periods of remission?
7. С чем Вы связываете начало заболевания и его обострения?	What are possible causes of the onset and worsening of your disease?

ВЫЯВЛЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

I. РАССТРОЙСТВА ВОСПРИЯТИЯ

1. Галлюцинации, псевдогаллюцинации

а) зрительные

1. Не было ли у Вас переживаний, которые можно было бы назвать видениями?	Did you ever have emotional experiences which you could regard as visions?
2. Вы видите их глазами или «внутренним взором»?	Do you see them with your eyes or due to «inner vision»?
3. Вы можете указать место, где Вы их видите?	Are you able to show the place where you see them?
4. Этот образ яркий или нет?	Is this image bright or not?
5. Когда Вы закрываете глаза, Вы продолжаете его видеть? Где?	Do you still see it while closing your eyes? Where?
6. В какое время суток Вы чаще видите эти образы?	At what time do you see these images more often?
7. Вы видите образы перед собой или боковым зрением?	Do you see such images just in front of your or by side vision?

8. Они выглядят как живые или они бестелесны и прозрачны?	Do they look like alive persons or are they bodiless and transparent?
9. Они издают какие-либо звуки, говорят что-нибудь?	Do they produce any sounds or speak anything?

б) слуховые

1. Не случалось ли Вам слышать человеческий голос в комнате, когда там не было людей?	Did you ever hear a human voice in the room when there were no people in it?
2. Слышите ли Вы какие-то внутренние голоса, голоса извне, когда Вы находитесь один (одна)?	Do you hear any inner voices, voices from outside when alone?
3. Это только Ваши мысли или Вы ясно воспринимаете это как шум, звук или даже голос?	Are they just thoughts or do you actually experience something such as noise, a sound or even a voice?
4. Вы говорите, что эти голоса разговаривают с Вами. Можете ли Вы сказать, что они говорят?	You say these are voices that speak to you. Can you tell me what they say?
5. Голос слышится снаружи или в голове?	Is the voice heard from the outside or in the head?
6. Голос мужской (женский), знакомый (незнакомый)?	Does the voice belong to a male (female)? Is it familiar (strange)?
7. Вы узнаете, чей это голос?	Do you recognize the voice? Whose voice is it?
8. Они говорят Вам что делать?	Do they tell you what to do?
9. Что они заставляют Вас делать?	What do they make you do?
10. То, что они говорят, Вам приятно или нет?	Do you enjoy what they speak or not?
11. На каком языке они говорят?	What language do they speak?

12. В какое время суток голоса появляются, в какое исчезают?

When do these voices appear and when do they disappear?

13. Голоса носят дружелюбный или враждебный характер?

Do these voices sound friendly or hostile?

14. Это живая речь или слышится как по радио или из магнитофона?

Is it a real speech or it sounds like from the radio or tiperecorder?

15. Вы слыщите голос обоими ушами или одним?

Do you hear the voices with one or both ears?

16. Если заткнуть уши, слышны ли голоса?

Do you hear voices when your ears are stopped up?

в) обонятельные

1. Замечали ли Вы, что стали ощущать привычные запахи как-то по-другому?

Have you notice that you begin to feel usual smells somewhat differently?

2. Чувствуете ли Вы какие-то необычные запахи?

Do you feel any unusual smells?

3. Откуда идет этот запах?

Where is this smell from?

4. С чем, по Вашему, это связано?

With what (according to you) is it connected?

г) вкусовые

1. Чувствуете ли вы, что обычная пища изменила свой вкус?

Do you feel that usual food changes its taste?

2. Ощущаете ли Вы какой-либо вкус вне приема пиши?

Do you have a sensation of any taste if not given a food?

3. Какой привкус имеет обычная пища?

What suggestion of does the common food have?

д) кожного чувства

1. Бывает ли у Вас ощущение инородного тела на коже?

Do you have any sensations of foreign body on the skin?

2. Ощущаете ли Вы прикосновения, дотрагивания, поглаживания и другие воздействия, когда рядом с Вами никого нет?

Do you feel touches, stroking and other influences when nobody is near you?

е) другие вопросы

1. Нет ли у Вас ощущения, что кто-то специально создает у Вас голоса, видения или запахи?

Do you have any sensations that someone produces specially voices, visions or smells in you?

2. Связаны ли они с реальными переживаниями? С какими?

Are they connected with real emotional experience? With what?

2. Дереализация

1. Бывает ли у вас ощущение, когда окружающие Вас предметы кажутся Вам искаженными (странными, непохожими на себя, расположенными на более дальнем или близком расстоянии от Вас, совсем незнакомыми)?

Do things seem unreal at times (strange, different, distant or quite unfamiliar to you)?

2. Не кажется ли Вам, что форма предметов необычная (уменьшенная, увеличенная)?

Does it seem to you that objects take strange shapes (are diminished, are greater in size)?

3. Не бывает ли так, что место, в котором Вы находитесь первый раз, кажется Вам знакомым, уже виденным?

Does the place, which you are in, seem already seen to you?

3. *Деперсонализация*

а) небредовая

1. Не ощущали ли Вы временного уменьшения (увеличения) своего тела или частей тела при закрытых или открытых глазах?	Have you ever felt temporary decrease (increase) of your body or its parts when your eyes are closed (open)?

б) бредовая

1. Не было ли у Вас ощущения, что Ваши мысли, чувства чужды Вам?	Do you have a sensation that your thoughts and feelings are not yours?
2. Не было ли у Вас ощущения, что все, что происходит с Вами, Вы наблюдаете как бы со стороны, что это происходит с другим человеком?	Does it seem to you that everything happened with you watch as it is not you?

II. РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИЙ

1. Есть ли у Вас ощущение страха?	Do you feel fear?
2. Есть ли причины для страха?	Are there any reasons to be afraid?
3. Какое у Вас настроение?	What mood are you in?
4. У Вас всегда хорошее настроение?	Are you always in good spirit?
5. Вы легко поддаетесь переменам настроения (впадаете в депрессию)?	Are you a moody person? (Do you get easily depessed?)
6. У Вас часто бывает плохое настроение?	Are you often in bad mood?

7. Вы говорите, что у Вас упадок настроения. Вы чувствуете, что сделали что-то не так?	You say you feel discouraged. Do you feel you have done something wrong?
8. Насколько сильно Вы чувствуете это?	How strongly do you feel about this?
9. Вы часто плачете (впадаете в гнев)?	Do you often cry (get furious)?
10. Вы часто волнуетесь? Почему?	Are you often anxious? Why?

III. ДВИГАТЕЛЬНО-ВОЛЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА

1. Вы всегда такой(ая) вялый(ая)?	Are you always as listless as you are now?
2. Как Вы представляете свое будущее?	What do you see for yourself in the future?
3. Бывают ли у Вас мысли, что жить не стоит (что Вам лучше бы умереть, покончить жизнь самоубийством)	Do you ever think that life is not worth living (that you would be better dead, to commit suicide)?
4. Если бы Вы умерли, что должно было бы случиться после этого?	What would happen after you were dead?
5. Вам трудно вставать по утрам?	Is it hard for you to get up in the morning?
6. Было ли у Вас желание заснуть и не проснуться?	Have you ever wished you could go to sleep and not wake up?

IV. РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ

1. У Вас есть какие-нибудь нарушения памяти?	Do you have any disturbances of memory?
2. У Вас хорошая (плохая) память?	Do you have a good (poor) memory?

3. Вы хорошо запоминаете прочитанное (заучиваете наизусть)?	Do you memorize what you read well? (Do you learnby heart easily?)
4. Вы помните мое имя?	Do you remember my name?
5. Если Вы не возражаете, я бы хотел(а) предложить Вам несколько простых тестов, чтобы посмотреть как Вы с ними справитесь	If you don't mind I would like to give you a few simple tests to see how well you can do them
6. Вы можете сказать, сколько времени находитесь в больнице?	Can you tell me how long you have been in the hospital?
7. Какое сегодня число?	What is the date today?
8. Где Вы сейчас находитесь?	Where are you now?
9. Кто эти люди, находящиеся вокруг Вас?	Who are those people round you?
10. Что Вы сегодня ели на завтрак?	What did you eat for breakfast today?

V. РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ

1. Не было ли у Вас когда-нибудь явлений, похожих на сновидения, в то время, когда Вы не спали?	Did you ever have experiences like dreames while you were not asleep?
2. Вам нравилось такое состояние?	Do you like such a condition?
3. Это были кошмарные сны?	Were there any nightmare dreams?
4. Вы были участником этих снов или видели это со стороны?	Did you participate in dreamactions or did you watch it from outside?
5. Как долго длилось это состояние?	How long did this state last?
6. Как оно заканчивалось: сразу или постепенно?	How did it finish: at once or gradually?

7. Где Вы находитесь?	Where are you?
8. Какой сегодня день недели? Какое время года?	What day of the week is it today, what season?
9. Вы считаете себя больным человеком?	Do you consider yourself as a sick person?
10. У Вас бывают приступы (припадки) с потерей сознания (кратковременной потерей сознания)?	Do you have fits with loss of consciousness (short fainting spells)?
11. Страдаете ли Вы эпилептическими припадками?	Do you suffer from epileptic seizures?
12. Как часто они возникают, сопровождаются ли судорогами?	How often do they come on? Are they accompanied by contractions?
13. Во время припадков у Вас бывает непроизвольное мочеиспускание (стул, пена изо рта)? Вы прикусываете язык?	Are they accompanied by involuntary urination, defecation, foaming at the mouth)? Do you bite your tongue?

VI. РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ

1. По темпу и стройности

1. Не бывает ли у Вас состояния, при котором трудно справиться с потоком мыслей (происходит внезапный обрыв мыслей)?	Do you ever have a state when it is difficult to withstand the flow of thoughts (when sudden break in thoughts occurs)?
2. Не ощущаете ли Вы внезапно возникающей пустоты в голове, провала, закупорки мыслей?	Do you have a feeling of emptiness in your head?
3. Бывают ли такие состояния, при которых Вы перестаете узнавать слова при чтении, плохо понимаете значение длинных фраз?	Do you ever have the state when you stop recognizing words while reading; when you badly understand the long phrases meaning?

2. *По продуктивности*

а) навязчивые явления

1. Беспокоят ли Вас неприятные (навязчивые) мысли или побуждения?	Do unpleasant (annoying) thoughts or urges trouble you?
2. Бывают ли у Вас мысли о том, что Вы можете сказать или сделать что-то против своей воли, ударить кого-нибудь (по какому-нибудь предмету), выкрикнуть какую-нибудь непристойность (ругательство)?	Do you ever have the thought that you may say or do something contrary to your wishes: strike someone (strike an object), shout a rude word?
3. Есть ли у Вас воспоминания или сны, от которых Вы хотите, но не можете отделаться?	Do you have memories or dreams which you want but fail to get rid of?
4. Есть ли подобные мысли или черты поведения?	Do you have similar thoughts or behaviouristic features?
5. Чего или кого Вы боитесь (избегаете)?	What or whom are you afraid of? (What or whom do you avoid)?
6. Вы боитесь темноты (высоты, полетов на самолете, толпы, открытых пространств, небольших ограниченных пространств, острых предметов, смерти, тяжелого заболевания, одиночества)?	Are you afraid of the darkness (heights, flying, crowds, open spaces, small confined space, sharp or pointed things, death, serious disease, loneliness)?
7. Возникает ли у Вас чувство неловкости в толпе?	Do you feel uncomfortable in crowds?
8. Не возникает ли у Вас сомнений в правильности и законченности совершенных действий?	Do you feel uncertaintly in correctness and completeness of your actions carried out?

1. Не кажется ли Вам, что за Вами следят (что Вас преследуют)?	Does it seem to you that you are followed (are being talked about, are being pursued)?
2. Вы чувствуете, что Ваша жизнь в опасности, что имеется заговор против Вас?	Do you feel your life is in danger, that there might be a plot to get you?
3. Есть ли у Вас чувство, что на Вас как-то воздействуют? Кто? С какой целью?	Do you ever have a sense that you are been influenced by somebody? Who does it? With what purpose?
4. Не думаете ли Вы, что Вас хотят отравить (ограбить, завладеть Вашей квартирой)?	Do you think that somebody wants to poison you (to rob you, to seize your flat)?
5. Не подозреваете ли Вы Вашу жену (Вашего мужа) в измене?	Do you suspect your wife (husband) of treachery?
6. Вы считаете себя необычным человеком?	Do you consider yourself a prominent person?
7. Не обладаете ли Вы необычными способностями (огромной властью, могуществом, бессмертием, большим богатством, большими научными открытиями)?	Are you capable of doing something salient, might (power), tremendous wealth, big outstanding scientific discoveries)?
8. Вы обвиняете себя (окружающих) в чем-либо?	Do you blame yourself (anybody) for anything?
9. У Вас есть физические недостатки (телесные уродства), бросающиеся в глаза окружающим?	Do you think that you have any phisical defects (body abnormality), which are striking?
10. Не думаете ли Вы, что больны неизлечимой болезнью?	Do you ever think of having incurable disease?

11. Нет ли у Вас ощущения, что все происходящее вокруг кем-то подстроено? Что Вы постоянно находитесь в центре внимания окружающих? Что окружающие знают о Ваших недостатках? Что Ваши родственники — чужие Вам люди, но подделываются под родных? Что врачи принимают облик родственников?

Do you ever have a sensation that everythings round you is arranged by somebody, that you always are the object of attention, that everyone round you knows your defects, that your relatives are strangers for you, but try to imitate your people, that doctors accept your relatives appearance?

ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС

PSICHIC STATUS

1. Эмоционально-волевая сфера
Sphere of emotion and will

Больной(ая) внешне неряшлив(а), опрятен(а), выбрит, волосы грязные (чистые), (не)причесаны. Он(а) одет(а) неряшливо (соответственно общественным нормам, по моде).

В отделении (мало-, не-) общительный(ая), доброжелательный(ая), озлобленный(ая), конфликтный(ая), подозрительный(ая), больше лежит (гуляет по коридору, смотрит телевизор).

Приходит к врачу только по вызову (по собственной инициативе). Нахождением в психиатрической больнице (не) тяготится.

Мимика скудная (живая). Выражение лица веселое (грустное, угрюмое, злобное, задумчивое). Жестикулирует активно (мало, сидит без движения). Двигательно заторможен(а). На обращенную к нему речь реагирует медленно (быстро). Продуктивному контакту (не) доступен. На вопросы (не) отвечает (не) по-существу, кратко (многоречиво).

Речь громкая (тихая, нормальная), темп речи повышенный (пониженный, нормальный). Говорит (не)внятно. Возбужден (заторможен). На окружающее (не) реагирует, внимание быстро ис-

тощается (устойчивое), быстро (с трудом) переключается с одной темы на другую.

Больной(ая) безразличен к своему состоянию (эмоционально устойчив, сильно взволнован). Больной(ая) встревожен(а), взволнован(а), чего-то боится.

Больной находится в депрессивном состоянии (патологически приподнятом настроении, нормально приподнятом настроении).

A patient is externaly untidy, reat, clean shaved; has dirty (clean) hair; hair is (not) combed (done). He (she) is dressed untidily (according to generally accepted norms, according to fashion).

Being at the in-patient department the patient is (insufficiently, not) cooperative (friendly), resentful, (conflictable) clashing (with), suspicious; The patient prefers to stay in bed (to walk down the coridor, to watch TV).

The patient comes to doctor only after the doctor's call (on his (her) own initiative). The patient is (not) oppressed by staying at the psychiatric hospital.

The patient has (im-) mobile features. Expressions of the patient's face is merry (lively), sad (melancholy), gloomy, malicious (malignant), thoughtful (pensive). The patient gesticulates actively (slightly); sits motionless. The patient is motor inhibited (retarded) reacts (replies) slowly (rapidly) on the speech, adressed to (appealed to); no productive cooperation (productive contacts not available). Questions are (not) answered. Patient gives (does not give) a straight answer; the patient answers in short (fully).

Speech is loud (low, normal) (not) intelligible; conversation tempo (pace, rate) is increased (decreased, normal), speech (conversation is (not) clear). The patient is excited (retarded), (does not react) react to everything around, attention is rapidly exhausted (rather constant, easily (hardly) swiched; with great efforts.

The patient is indifferent to his (her) own condition (emotionally stable; extremlly excited). The patient is disturbed (alarmed, agitated), he (she) is afraid of something.

The patient is emotionally depressed (in pathologically high spirit, in high spirit).

2. Ясность сознания

Consciousness

Больной(ая) (дез)ориентирован(а) во времени и месте. Больной находится в коматозном состоянии (ступорозном, бессознательном). У больного(ой) алкогольный делирий (истерический припадок, синдром похмелья).

Больной(ая) отмечает сновидные помрачения сознания, которые ему (ей) (не) нравятся, из которых он (она) (не) хочет выходить, в которых он (она) (не) принимает участия, которые длятся (не)долго, заканчиваются сразу (постепенно). Он (она) отмечает приступы (припадки) с (без) потери сознания (с кратковременной потерей сознания), которые (не) часто возникают, (не) сопровождаются судорогами, непроизвольным мочеискусканием, стулом, пеной изо рта, прикусыванием языка.

(Не) считает себя больным человеком.

The patient is (dis)oriented in time and space. The patient is comatose (stuporous, unconscious). The patient has delirium tremens (a hysterical fit, hangower syndrome).

The patient notices dream-like cloudness (dullness of conscousness, which he (she) is fond of (likes, appriciates); from which he (she) (does not) wish to be out, in which he (she) (does not) percipitates, which last (not) long (continiously, do not continue), end immediately (at once), gradually (little by little). The patient notices fits with (without) loss of consciousness, (with transient loss of consciousness, short fainting spell), which develop not very often (varely, infrequently), are (not) accompanied by constractions, involuntary urination, defecation, foaming at the mouth, biting his (her) tonque.

He (she) (does not) considers him (her) self as a ill person.

3. Ощущения, восприятия

Sensations, perceptions

Больной(ая) отмечает видения, которые наблюдаются глазами (внутренним взором), (не) может указать их местоположение(я), они (не) яркие, выглядят как живые (бестелесные и прозрачные),

(не) издают звуки(ов), (не) говорят. Больной(ая) видит их перед собой (боковым зрением, за спиной). Когда он (она) закрывает глаза, то продолжает (перестает) их видеть, видит их чаще утром (ранним утром, вечером, поздним вечером, днем, ночью).

Больной(ая) слышит голоса, которые идут извне (звучат внутри), носят императивный (советующий, дружелюбный, комментирующий) характер. Голоса (не) знакомые, говорят (не) приятные вещи, носят дружелюбный (враждебный, нейтральный) характер. Больной(ая) слышит их обоими ушами (одним ухом), если он (она) затыкает уши, то продолжает (перестает) их слышать.

Больной(ая) отмечает, что стал(а) ощущать привычные запахи как-то по-другому, чувствует необычные запахи, (не) знает происхождения этого запаха.

Он (она) стал(а) чувствовать, что обычная пища изменяет свой вкус, вкусовые ощущения испытывает в (без) связи с приемом пищи. Он (она) отмечает ощущение инородного тела на коже (внутри живота, в голове).

У больного(ой) есть чувство сделанности обманов восприятия. Больной(ая) испытывает ощущения, когда окружающие предметы кажутся ему (ей) искаженными (странными, непохожими на себя, расположенными на более дальнем (близком) от него (нее) расстоянии, совсем незнакомыми. Отмечает, что форма предметов необычная (уменьшенная, увеличенная), испытывает состояния уже виденного.

Больной(ая) ощущает временами уменьшение (увеличение) своего тела (частей тела) при закрытых (открытых) глазах. Он (она) отмечает чуждость собственных мыслей, чувств. События, происходящие с ним(ней) наблюдает как бы со стороны.

The patient notices visions, which are observed with eyes (inside vision); is (not) able to show their location (s); they are (not) bright, which look like alive person (bodyless and transparent), (do not) produce sounds, (do not) speak. He (she) sees them in front of him (her) self (with lateral vision, behind the back). When closed his (her) eyes he (she) (does not) still continues watching them, sees them more frequently in the morning (later in the evening, by the day, at night).

The patient hears voices from outside (in the head); the voices are of imperative (advisible, friendly, commentative) character; voices are (un) familiar, speak (un) pleasant things, are of friendly (hostile, neutral)

character. He (she) hears them with both ear(s), with only one ear. When plugged the ears, the patient still (stops) continues hearing them.

The patient notices that he (she) begins to smell (ordinary) unusual smells somewhat differently; feels extraordinary smells (does not know) understanding this smell origin.

He (she) begins to feel that habitual food changes its taste; taste sensations are (un)related with meals.

He (she) feels as though a foreing body is on the skin (inside the abdomen, in the head).

The patient has a sensation that appeared without his will. The patient feels as if the objects around seem to be unreal (strange, different, distant (not distant) less or quite unfamiliar to him (her). It seems to him (her) that objects take strange shapes (are diminished, are greater in size); that he (she) has a sensation of already seen («deja vu illusion»).

(At times) the patient feels the decrease (increase) of his (her) body size, while eyes are closed (open). He (she) notes that his (her) thoughts have nothing whatever in common. The events occured with him are watched as though from outside.

4. Мышление
Thinking

Больной(ая) отмечает состояния, при которых ему (ей) трудно справиться с потоком мыслей (происходит внезапный обрыв мыслей, возникает чувство пустоты в голове, провал, закупорка мыслей). Иногда бывают состояния, при которых он (она) перестает узнавать слова при чтении, плохо понимает значение длинных фраз.

Больного(ую) беспокоят неприятные мысли (побуждения, сны, воспоминания), от которых он (она) хочет, но не может избавиться. (Иногда) бывают мысли о том, что он (она) может сказать или сделать что-то против своей воли, ударить кого-нибудь (по какому-нибудь предмету), выкрикнуть какую-нибудь непристойность (ругательство).

Больной(ая) боится темноты (высоты, полетов на самолете, толпы, открытых пространств, небольших ограниченных пространств, острых предметов, смерти, тяжелого заболевания, одиночества), у него (нее) возникает чувство неловкости в толпе.

Больному(ой) кажется (убежден, высказывает предположение), что за ним (ней) следят (его (ее) преследуют), он (она) чувствует, что его (ее) жизнь находится в опасности (имеется заговор против него (нее)), что на него кто-то воздействует. Он (она) думает, что его (ее) хотят ограбить(отравить, завладеть квартирой).

Он (она) считает, что обладает необычными способностями читать (передавать) мысли на расстрояние (огромной властью, могуществом, бессмертием, большим богатством, большими научными открытиями), считает себя необычным человеком.

Больной(ая) подозревает свою жену (мужа) в измене. Он (она) ощущает, что все происходящее вокруг кем-то подстроено, что он (она) постоянно находится в центре внимания окружающих, что окружающие знают о его (ее) недостатках, что родственники — чужие люди, но подделываются под родных, что врачи принимают облик родственников.

Больной(ая) обвиняет себя в совершении неблаговидных поступков, преступлений, убежден(а) в своем нравственном уродстве (своей никчемности, бездарности, глупости, непригодности к полезной деятельности), считает, что окружающие обвиняют его (ее) в неблаговидном поведении. Он (она) убежден(а), что страдает тяжелым (неизлечимым или постыдным) заболеванием, в том, что у него (нее) имеется телесное уродство, бросающееся в глаза окружающим.

Больной(ая) уверен(а), что организм превратился в тело животного (птицы, другого человека, неодушевленный предмет).

Он (она) считает, что незнакомые лица с враждебной целью принимают облик родственников (знакомых), что родные и знакомые являются чужими, но подделываются под родных, что окружающее постоянно изменяется, люди перевоплощаются, трансформируются предметы обстановки.

Больной(ая) склонен(на) к бесплодному мудрствованию, к нелепым обобщениям.

The patient marks the condition in which it is difficult to withstand the stream of thoughts (sudden break-off in throughts takes place); the feeling of emptyness in the head; blank (black-out), thinking arrest develops. Sometimes there are some situations in which he (she) stops recognising words while reading; accepts badly the meaning of long phrases.

The patient is troubled with unpleasant thoughts (urges, dreams, memories), he (she) tries to get rid of which, but fails. Sometimes the patient has some thoughts that he (she) may say or do something contrary to his (her) wishes, strike someone (strike an object, shout a rude word).

The patient is afraid of the darkness, hights, flying, crowds, open or small confined space, shark objects, death, acute grave illness, loneliness; he (she) feels uncomfortable in crowds.

It seems (he is convinced of, expresses suggestions) to the patient that he (she) is followed (is being pursned); the patient feels his (her) life is in a danger that there might be a plot against him (her), that someone influences him (her) wants (to poison him (her); to take possesion of his (her) flat.

The patient considers that he (she) has (posseses) exstraordinary abilities of reading (transmitting) thoughts at a distance; he (she) posseses (abnormal authority, power, immortality, huge wealth, fundamental scientific discoveries); he (she) estimates him (her) self as an outstanding person.

The patient suspects his wife (her husband) to be unfaithful. He (she) has a sensation that everything, happening around is pre-arranged, that he (she) is in the focus of people's attention, that people of his (her) circle acquaintance know all his (her) short coming (defects); that relatives are strangers (unfamiliar people), but triy to imitate the true relatives; that phisicians accept the relative's appearance.

The patient blames him (her) self for making unpleasant actions (acts, deeds, crimes); he (she) is convinced of his (her) moral abnomality (uselessness, feeblessness, stupidity, unfitness for fruitful activities); he (she) is conducting unpleasant behavior (conduction; for conducting unpleasantly). He (she) is convinced to suffer from grave (uncured or shameful) disease, that he (she) has deformity, leaping to the people's eyes.

The patient believes that his (her) own body has been transformed into the body of certain animal (of bird, another human being person, inanimate object).

He (she) considers that strangers accept his (her) relatives', friends' appearence with hostile aims that relatives and friends are stranges (unfamiliar people), but triy to imitate the latter; that all things around change constantly, people transform themselves so do pieces of furniture.

The patient has an aptitude of fruitless thinking, of absurd generalization.

5. Интеллект, память
Intellect, memory

Больной(ая) (не) называет текущей даты, (не) может сказать, сколько находится в больнице, где сейчас находится, что сегодня ел(а) на завтрак, не помнит имени врача.

Он (она) арифметические задачи (не) решает (за большой промежуток времени), (не) понимает переносного смысла пословиц и поговорок, (не) знает названий других стран.

The patient' does not (can't; is not able) give the name of the present date; is (not) able to say how long he (she) has been staying in the hospital; where he (she) is now, what he (she) ate for breakfast; does not remember his (her) doctor's name.

He (she) does not solve arithmetic problems (even during long period of time); does not understand metaphorical meaning of proverbs and sayings; (does not) know the name of foreing countries.

ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ
Клинические случаи

(для программированного обучения)

Этот раздел руководства предназначен для программированного обучения и самоконтроля. В нем приводятся краткие описания психопатологических состояний (синдромов) у наблюдавшихся авторами больных. После каждого описания дается два или три вопроса альтернативного характера, на которые Вам нужно дать ответ. Правильность ответа Вы сами контролируете, обращаясь к указанной странице руководства. В случае правильного ответа Вы перейдете к чтению следующего описания. Если же Ваш ответ оказался неправильным, то на соответствующей странице Вы найдете объяснения причины ошибки, и получите дальнейшие указания.

Этот раздел руководства содержит клинические иллюстрации психопатологических синдромов, расположенных в порядке их постепенного усложнения. Тенденция к усложнению психопатологической картины в результате увеличения в ней числа составляющих ее элементов-симптомов, превращение малого (простого) синдрома в большой или сложный характерна для развития психических болезней. Тот же путь от простого к более сложному отвечает требованиям, которые предъявляются к обучающей программе.

Специального описания симптомов, составляющих психопатологический синдром, мы не даем, хотя в приводимых характеристиках синдромов к ним приходится обращаться. Предполагается, что Вы уже познакомились с описаниями симптомов психических расстройств по материалам учебников, из курсов лекций и на основании данного руководства. Точно так же мы не приводим и описания нозологических форм болезней, хотя последние, безусловно, накладывают отпечаток на особенности проявления психопатологического синдрома. Предусматривается, что при правильной самостоятельной работе с этим разделом Вы не можете перейти к изучению последующего материала, не освоив предыдущий. Такая разветвленная программа по системе Краудера поможет Вам самостоятельно проконтролировать и углубить Ваши знания по общей психопатологии, которая, по нашим наблюдениям, является наиболее трудным для усвоения разделом психиатрии.

Больной Б., 28 лет, преподаватель математики. Обратился к врачу с жалобами на периодические головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости и повышенную утомляемость. Выполнение обычной работы стало требовать большого напряжения духовных и физических сил. Утром трудно заставить себя встать с постели, взяться за обычные дела. Садится за книги, но прочитав полстраницы, замечает, что механически пробегает глазами по строчкам, а мысли где-то далеко. Ко второй половине рабочего дня «врабатывается», голова становится более свежей, но к вечеру чувствует себя совершенно разбитым. За последнее время стал раздражительным, утратил обычную сдержанность. Во время урока грубо прикрикнул на ученика, после чего тут же внутренне раскаялся, долго не мог успокоиться, представлял себе возможные неприятные последствия этого поступка. Дома все выводит из себя, раздражает радио, шумная возня пятилетней дочки. Однажды даже ударил ее, и сам расстроился до слез, просил у дочери прощения. Раздражает даже прикосновение к телу одежды: «Чувствую себя так, будто на мне власяница!» Во время беседы с врачом больной волнуется, лицо покрывается красными пятнами, голос дрожит, на глаза навертываются слезы. Стесняется этого, старается скрыть свое волнение. Склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения.

Как вы оцените описанные психопатологические проявления?

1. Депрессивный синдром — ответ на стр. 333.

2. Астенический синдром — ответ на стр. 335.

Н е в е р н о. Больного с навязчивыми идеями ипохондрического характера вообще не нужно убеждать в несостоятельности этих идей. Он сам обратится с просьбой к врачу помочь ему избавиться от мыслей о возможности заразиться инфекционной болезнью, заболеть раком и т. п. Эти мысли навязываются больному, нарушают строй его психической деятельности, хотя он и убежден в их нецелесообразности. В отличие от этого, больной Я. убежден в том, что он болен тяжелой болезнью, и пытается убедить в этом окружающих.

Сравните картину болезни больного Я. с описанием следующего случая заболевания, где превалируют ипохондрические навязчивые идеи.

Б о л ь н а я Ш., 32 г о д а, п р е п о д а в а т е л ь м у з ы к и. По характеру впечатлительная, мнительная, капризная. Любит быть в центре внимания окружающих, в кругу друзей бывает веселой, считается «заводилой», но в семье раздражительна, неуживчива и ревнива. Заболевание началось вскоре после вторых родов, протекавших тяжело, с осложнениями. Уход за ребенком отнимал много сил. После ссоры с родственниками мужа расстроилась, плакала, с аффектацией говорила о своем нежелании жить. Одновременно возникла в уме мысль о том, что она больна раком. Ярко и образно представила у себя в животе опухоль, которая распространяется на внутренние органы, распадается, образуя язвы. Сама испугалась этих мыслей, попыталась отогнать их, но они продолжали навязчиво преследовать больную, вызывая тревогу и страх. Обратилась к врачу-терапевту, который не нашел каких-либо заболеваний внутренних органов. На некоторое время больная успокоилась, но вскоре мысль о возможности гибели в тяжелых мучениях возникла вновь. На приеме у врача-психиатра волнуется, плачет, просит помочь ей, жалуется на навязчивые мысли о тяжелом заболевании, о смерти. Понимает безосновательность своих опасений, но не может избавиться от них. Боится «сойти с ума», на всю жизнь остаться в психиатрической больнице.

А теперь вернитесь к стр. 336 и дайте правильный ответ.

Н е в е р н о. Общий фон настроения у больного, может быть, и действительно несколько понижен. Об этом свидетельствует его склонность к пессимистической оценке своих перспектив на будущее. Однако при тщательном анализе описанной клинической картины вы убедитесь, что снижение настроения, тоска (дистимия) не является в данном случае ведущим симптомом. На первый план выступает не столько снижение, сколько неустойчивость настроения, сентиментальность больного, его неспособность сдерживать проявления своих эмоций. Эти нарушения в сфере чувств сочетаются с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, на чрезмерную чувствительность по отношению к внешним раздражителям. Такое сочетание неслучайно. Мы часто наблюдаем его при самых различных психических и соматических заболеваниях. Подобное закономерное и устойчивое сочетание симптомов и образует синдром или состояние, картину болезни. О каком же синдроме здесь идет речь?

Вернитесь к стр. 331 и найдите правильный ответ.

П р а в и л ь н о. Мысли об опухоли мозга у больного Я. возникают, по-видимому, в связи с реальными болезненными ощущениями в области затылка (у больного отмечаются симптомы шейного остеохондроза) и имеют реальное основание. «Доказательства» в пользу тяжкого заболевания, приводимые больным, также не нелепы (ссылки на сходные симптомы этого заболевания в медицинской литературе, возможность врачебной ошибки). Но в дальнейшем первоначально обоснованные опасения крайне гипертрофируются, мысль о болезни овладевает всем существом больного. Внутренняя, эмоциональная убежденность в справедливости своих опасений не позволяет больному правильно оценить действительные факты, противоречащие его идее.

Прочтите следующее описание и дайте ответ на поставленные вопросы.

Б о л ь н а я Р., 48 л е т, р а б о т н и ц а. По характеру капризная, своенравная. В трудных жизненных обстоятельствах проявляет робость, нерешительность, непрактичность. После ухода единственного сына в армию дома осталась одна. С этого времени непрерывно лечится у разных врачей. Помещенная в психиатрический стационар, большую часть времени лежит в постели. Выражение лица страдальческое, руки бессильно разбросаны. При виде врача начинает охать, стонать, держится руками за голову, плачет.

Жалуется на тяжелое общее состояние: "Все тело болит... Голова разламывается... Не сплю ни минуты" и т.п. При волнении появляются размашистые движения рук. При ходьбе пошатывается, широко расставляет ноги, держится руками за окружающие предметы. Дважды за время пребывания больной в стационаре у нее наблюдались однотипные припадки. Лежа в постели, она внезапно начинала глухо стонать, метаться, сжимала себе руками горло. На вопросы не отвечала, не реагировала на легкий укол. При попытке посмотреть реакцию зрачков на свет "закатывала" глаза. Сухожильные рефлексы оставались сохраненными и даже повышались. После окончания припадка, длившегося 10-15 минут, больная сохраняла о нем смутные воспоминания. Ко всем лечебным мероприятиям больная относится отрицательно, уверяет, что ей ничто не поможет. Себя считает совершенно нетрудоспособной. Просит врача добиться через военкомат возвращения ее сына из армии. Суждения больной примитивны, нелогичны. Круг интересов ограничен болезнью и бытовыми вопросами.

Что такое?

1. Симулятивное поведение — ответ на стр. 339.
2. Истерическое поведение — ответ на стр. 337

Правильный ответ. Существует много вариантов астенического синдрома, встречающегося при неврозах, в рамках шизофрении, органических заболеваний головного мозга, при многих инфекционных и неинфекционных внутренних болезнях. Но во всех случаях центральным симптомом астении является раздражительная слабость. У описанного больного она проявляется в виде повышенной раздражительности наряду с высокой истощаемостью психических процессов. Так вспышки раздражения тут же сменяются у него чувством раскаяния и слезами. У больного Б. имеются и другие характерные признаки астенического синдрома: гиперэстезия по отношению к физическим и психическим раздражителям, эмоциональное слабодушие, истощаемость внимания, головные боли, явления вегетативно-сосудистой лабильности. Астенический синдром часто сочетается с другими формами психических расстройств, образуя астено-ипохондрические, астено-депрессивные, астено-навязчивые состояния и т. п. Благодаря этому у врача, наблюдавшего при том или ином заболевании депрессивные, ипохондрические, навязчивые проявления, нередко по ассоциации сразу же возникает представление об их связи с астенией. Ниже приводится описание больного, который был направлен невропатологом на консультацию к психиатру с заключением: астено-ипохондрическое состояние.

Больной Я., 52 года, инженер. В кабинет вошёл быстрым шагом, с решительным выражением лица. Не успев получить приглашение, сел и сразу же приступил к рассказу о болезни, взяв в свои руки инициативу разговора. Жалуется на неприятные ощущения (но не боли!) в затылке, иногда чувствует, будто бы в голове у него что-то «переливается». Из рассказа больного выяснилось, что первые признаки заболевания он заметил у себя два года назад. За этот период времени он обследовался у многих врачей, которые не находили у него заболевания или обнаруживали незначительные болезненные расстройства (легкие явления шейного остеохондроза). Неоднократно был на консультации у профессоров, ездил в Москву. Убежден в том, что у него какое-то тяжелое заболевание, нераспознанное врачами, возможно — опухоль мозга. Все возражения врача, ссылки на многочисленные отрицательные данные анализов, консультации высококвалифицированных специалистов тут же парирует, приводя выдержки из медицинских учебников и монографий с описанием картин заболеваний, «подобных» его болезни. Вспоминает также, что некоторые врачи, у которых больной консультировался, хотя и не ставили диагноз опухоли, но высказывались по этому поводу осторожно, будто бы что-то скрывая. Вспоминает многочисленные случаи, когда врачи не распознали своевременно тяжелое заболевание, а поставили диагноз болезни лишь тогда, когда помочь больному было уже невозможно. Говорит обо всем этом возбужденно, перебивает врача, приводит все новые и новые подробности, касающиеся его «болезни». Разговор с больным занял более часа, несмотря на неоднократные деликатные замечания врача о том, что его ждут другие больные.

Согласны ли Вы с заключением врача об астено-ипохондрическом синдроме? Дайте обоснование Вашему решению, а затем посмотрите ответ на стр. 336.

Конечно, заключение врача об «астено-ипохондрическом синдроме» совершенно неоправдано. У больного Я. вообще нет никаких астенических проявлений. Наоборот, он чрезвычайно стеничен, напорист, ипохондрические идеи несут на себе мощный эмоциональный заряд. Нет никаких признаков повышенной психической истощаемости. Однако энергия больного, его сила (стеничность) направлены в патологическое русло на отыскание «доказательств» якобы существующего тяжкого, неизлечимого заболевания.

Уместно также отметить, что заключение: астено-ипохондрический синдром — вообще не может служить диагнозом болезни. В практике медицины нередко приходится сталкиваться с подобными заключениями врачей (астено-невротическое состояние, астено-депрессивное состояние и т. п.). В лучшем случае, это лишь констатация доминирующего синдрома, нозологическая же принадлежность болезни остается неясной.

А теперь ответьте на вопрос:

О какой из форм ипохондрических идей идет речь у описанного больного Я.?

1. Ипохондрические навязчивые идеи — ответ на стр. 332.
2. Ипохондрические сверхценные идеи — ответ на стр. 334.
3. Ипохондрический бред — ответ на стр. 338.

П р а в и л ь н о. В приведенном описании все говорит за истерическую картину болезни. Обращает на себя внимание наивность суждений, примитивность логических операций у больной, ее неспособность понять элементарную «симулятивность» своего поведения и предвидеть отношение к этому со стороны окружающих. Все это — при большой яркости и гротескности эмоциональных реакций. У больной Р. наблюдались также типичные истерические припадки без глубокой потери сознания, без нарушения сухожильных рефлексов, с ярко окрашенным чувствами поведением. Сама «симуляция» больной несуществующих у нее болезненных нарушений (необоснованные соматические жалобы, невозможность стоять и ходить — астазия-абазия) является истерической и определяется неосознанным стремлением защитить себя в трудной для больной ситуации (одиночество). Это стремление диктуется не сознанием, но доминирующими эмоциями. Такие больные — «не пассивные носители симптомов. Они сами их создают; это придает неврозу тот вид искусственности, который сбивает с толку врача, не привыкшего общаться с невротиками» (Эй, Бернар и Бриссе). Переходите к чтению следующего текста.

Б о л ь н а я А., 24 г о д а, б у х г а л т е р. Находится на стационарном лечении в психиатрическом отделении. Большую часть времени сидит на кровати, ничем не занимаясь. При любом шуме, приближении постороннего человека вся съеживается, в растерянности озирается по сторонам, бессмысленно таращит глаза. В разговор сама не вступает, смотрит на собеседника с выражением страха и детской наивности. На вопросы отвечает тихим голосом, по-детски шепелявит, растопыривает пальцы на руках и с любопытством их разглядывает. Почти никаких сведений о жизни и состоянии здоровья у больной получить не удается. Вот образец разговора с ней.

Врач: Как Вас зовут?

Больная: Оля.

Врач: Сколько Вам лет?

Больная: (после минутной задержки) семь.. восемь...

Врач: Где вы сейчас находитесь?

Больная: Не знаю... Наверное, в больнице.

Врач: Как Вы думаете, что это за люди? Что они здесь делают? (указывает на других врачей, медсестер).

Больная: Не знаю... Тетеньки... Дяденьки.

Врач: Вы ведь работаете бухгалтером. Значит, Вы должны хорошо считать Отнимите, пожалуйста, от 100 восемь. Сколько получится?

Больная: Не знаю... (после настойчивой просьбы врача начинает считать. При этом загибает пальцы и шевелит губами). Три... В присутствии врача особенно отчетливо выступают такие черты в поведении больной, как подчеркнутая наивность, детская беспомощность, растерянность. В обращении с младшим медицинским персоналом больная груба, оказывает сопротивление при выполнении лечебных процедур. На свидании с мужем, с которым больная поссорилась перед началом заболевания, она молчит, смотрит с выражением обиды и недоброжелательности, спросила у него о здоровье детей.

Как Вы оцениваете описанную картину заболевания?

1. Псевдодеменция — ответ на стр. 340.

2. Деменция (слабоумие) — ответ на стр. 344.

Н е в е р н о. Всякий бред, в том числе и ипохондрический, с самого начала своего развития представляет собой болезненно искаженную, патологическую переработку жизненных впечатлений и опыта больного. Поэтому содержание бреда в большинстве случаев представляется нелепым, оторванным от реального понимания действительных событий, грубо искажающих его. В отличие от этого, у больного Я. ипохондрические идеи берут начало из реальных жизненных обстоятельств (болезненные ощущения в затылочной области, поверхностное знакомство с медицинской литературой, чувство недоверия по отношению к врачам) и ими же поддерживаются.

Прочтите следующее описание больной с ипохондрическим бредом. Сравните с ним описание больного Я. Тогда различие будет Вам более понятно.

Б о л ь н а я Х., 32 г о д а, р а б о т н и ц а з а в о д а. По характеру вспыльчивая, упрямая, деспотичная, очень мнительная («прыщик на руке вскочит — бегу к врачу, не экзема ли это!»). В анамнезе — гинекологическое заболевание, по поводу которого долго лечилась у специалистов. Однажды, в связи со случайным загрязнением наружных половых органов у больной появилась мысль, что она заразилась сифилисом. Стала ощущать боли во всем теле, ломоту. Казалось, что язык разлагается, нос гниет, на коже появляются красные пятна, которые можно разглядеть лишь «очень острым глазом». Читала руководство по венерическим болезням и нашла у себя все симптомы сифилиса. Врач-венеролог тщательно обследовал больную и категорически отверг этот диагноз. Тогда больная решила, что у нее «латентный сифилис». Сообщила об этом всем своим друзьям — «чтобы не заразить их». Отделилась от мужа, часами кипятила свое белье и посуду. Все попытки разубедить больную оставались тщетными. Больная абсолютно уверена в своей «болезни» и намерена покончить жизнь самоубийством. Все возражения врача и родственников по поводу несостоятельности ее подозрений больная отбрасывает, даже не стараясь вникнуть в их смысл.

Вернитесь к стр. 336 и дайте правильный ответ.

Неверно. Подчеркнуто нарочитое «болезненное» поведение в присутствии врача, жалобы на тяжелое соматическое состояние при одновременном нежелании лечиться, стремление воспользоваться своей болезнью, чтобы добиться для себя «выгоды» (получить инвалидность, вернуть к себе единственного сына) — все это может заставить врача подумать о возможности симуляции болезни. Но бросается в глаза наивность, неприкрытый характер этой «симуляции». Важно также помнить, что симуляция, как правило, сводится к сознательному воспроизведению одного или немногих, наиболее ярких симптомов болезни, бросающихся в глаза человеку, несведущему в медицине. Воссоздание целостной картины болезни при симуляции практически невозможно. Тем более, это невозможно для Р. — женщины примитивной, ограниченной в интеллектуальном отношении.

У больной Р. симптомы болезни складываются в характерный синдром. Какой же это синдром?

Вернитесь к стр. 334 и дайте правильный ответ.

Правильно. У больной А. обнаруживаются характерные особенности псевдодементного поведения: больная дает как бы нарочито нелепые ответы на простые вопросы, не может понять элементарных вещей в разговоре, внешний вид ее отражает состояние полной психической беспомощности и бессмыслия. В явном противоречии с этим находится сохранившаяся способность больной к более сложным умственным операциям. Так она способна осмыслить общественное положение каждого из окружающих ее людей и, в соответствии с этим, дифференцированно себя вести. Ответы больной могут быть нелепы, но они всегда даются в плане заданного ей вопроса. Следовательно, смысл вопроса для нее понятен.

Картина болезни не исчерпывается симптомами псевдодеменции. Ложное слабоумие у больной сочетается с «детским» поведением (пуэрилизмом). Псевдодеменция и пуэрилизм описываются как проявления истерического синдрома.

Переходите к следующему описанию.

Больной С., 42 года, инженер. Однажды в связи с неприятностями на работе почувствовал себя плохо, появились одышка, боли в области сердца. Диагноз, поставленный врачом скорой помощи: инфаркт миокарда — в дальнейшем был отвергнут. Но с этого времени больного стала преследовать мысль о том, что он может в любой момент упасть и умереть. Эти тревожные мысли усиливались, когда больной находился в душном помещении, в большой толпе. Он перестал ездить в автобусе, в трамвае — как только закрывались двери вагона, больного охватывал непреодолимый страх смерти. Долгое время он старался скрыть от всех эти тяжелые переживания, под разными предлогами уклонялся от присутствия на заседаниях, не ходил в кино. Объясняет это тем, что опасался насмешек: ведь необоснованность его опасений была для самого больного совершенно очевидна. В дальнейшем появились новые страхи и тревожные мысли. Выходя утром из дома, со страхом думал, что на работе в этот момент по его вине произошла крупная авария. Попытки отогнать эту мысль были безуспешны. С бьющимся сердцем С. прибегал на завод и убеждался, что там все благополучно. Десятки раз проверял он исправность механизмов, выполнение правил техники безопасности, из-за чего запустил основную работу В один из таких дней, когда по дороге на завод больной переходил железнодорожные пути, ему пришла в голову мысль: если ему удастся пройти под медленно движущимся вагоном маневрирующего поезда, то на работе все будет в порядке. В последующем больной несколько раз с большим риском для жизни проделывал это, хотя и отдавал себе отчет, что между подобным рискованным поступком и опасностью аварии на заводе нет никакой связи. Все это в конечном итоге заставило больного обратиться к врачу, и он был помещен в психиатрический стационар.

Ответьте, пожалуйста, на вопрос, к какой из следующих форм психической патологии отнести описанную картину заболевания?

1. Бред — ответ на стр. 347.
2. Сверхценная идея — ответ на стр. 345.
3. Синдром навязчивости (обсессии) — ответ на стр. 342.

Больная Н., 48 лет, продавец. Доставлена в психиатрический стационар в связи с попыткой самоубийства. В отделении одиноко сидит в углу палаты, опустив голову. На лице застыло напряженно-тоскливое выражение. Отказывается от еды: «Нечего меня кормить, не заслужила. От государства деньги получала, а с работой не справлялась!» На вопросы отвечает с задержкой, односложно, таким тихим голосом, что часто приходится ее переспрашивать. Факт попытки самоповешения не отрицает, но считает, что спасли ее напрасно: «Таким как я не место на земле. Лучше я сама это сделаю, чем дожидаться суда людского». Уверена, что окружающие смотрят на нее с презрением, так как она «поганый человек», ее ожидает смертная казнь за совершенные преступления. Вспоминает, что много лет назад она работала продавщицей в ларьке и незаконно торговала водкой в разлив, забирая себе пустые бутылки. Многие годы не вспоминала об этом, но теперь поняла, что ничто не забыто. На вопросы, касающиеся ее жизни, семьи, больная отвечать отказывается: «Ни к чему все это!» Больной себя не считает: «Я здоровая, выпишите меня, зачем я здесь занимаю место?.. Мне не лечиться нужно, а пойти в милицию». На следующий же день после стационирования больная, закрывшись с головой одеялом, пыталась повеситься на чулке.

Как вы оцениваете состояние больной?

1. Кататонический синдром — ответ на стр. 349
2. Депрессивный синдром — ответ на стр. 351.

П р а в и л ь н о. Налицо все основные особенности синдрома навязчивости: стойкость и постоянство определенных мыслей, страхов, опасений, с которыми больной находится в непрерывной борьбе и необоснованность которых он прекрасно понимает. Эти мысли и страхи навязываются больному, имеют насильственный характер. Они сопровождаются соответствующими ритуалами к которым следует отнести рискованные поступки больного, когда он проходил под вагоном движущегося поезда, понимая при этом бессмысленность такого действия.

Поскольку установление навязчивого характера психических нарушений и отграничение навязчивых расстройств от сходных психопатологических синдромов нередко вызывает затруднения, прочтите описание еще одного больного.

Б о л ь н о й К., 28 л е т, ш о ф е р. О своей болезни рассказывает следующим образом.

«С детства я был какой-то чудной. Ребята меня не уважали, а я их боялся. Вообще я всего боялся. Когда учился в младших классах школы, все казалось, что мать у меня умрет. Вот если я успею сосчитать до 10 пока мать наливает чай в чашку, то будет жива, а если не успею — умрет. В школу шел — все боялся, что на меня чужие мальчишки нападут. Портфель держал пряжкой внутрь — это как бы означало, что я иду с мирными намерениями и драться не хочу. В школе все ребята сидят, слушают учителя, а я о какой-нибудь ерунде думаю. Например, что было бы, если бы за самый хороший ответ ставили единицу, а самой плохой отметкой была бы пятерка. Отгоню эти мысли, стану слушать учителя, а потом незаметно опять отвлекусь. Из-за этого трудно было учиться, родителей в школу вызывали, ругали за мою невнимательность. Но все-таки школу кончил, в армии отслужил. Там получил специальность шофера. Все было ничего, но в последнее время стали какие-то глупые мысли одолевать: только и думаю, чтобы все предметы у меня лежали симметрично. Дома жена из-за этого ругается. На работе нужно машину отремонтировать, а я не делом занимаюсь, а гаечные ключи раскладываю симметрично. Недавно такой случай был, что стыдно рассказать. Поехал я местным поездом к себе на дачу. По дороге на станции вышел, забежал в туалет. Вижу — в унитазе две спички лежат. Стал выходить из туалета, а меня вдруг словно что-то ударило: вернуться и положить спички симметрично. Вернулся. В унитаз лезть противно, а уйти не могу. Стало даже сердце биться, весь вспотел. Все-таки не удержался, рукой залез в унитаз и переложил спички. А поезд в это время ушел».

Вам, уважаемый читатель, по-видимому, уже ясно, что у данного больного в картине болезни также преобладают навязчивые явления. Попытайтесь дать краткое обоснование того, что речь идет именно об обсессиях. О каких типах навязчивых явлений рассказывал наш больной (навязчивые сомнения, мудрствования, страхи и т. д.)?

Сопоставьте Ваши ответы с анализом описанной картины заболевания на стр. 343.

Почему мы относим психические расстройства у больного К. к категории навязчивых явлений?

Во-первых, мысли и страхи, одолевающие больного в большинстве пустые и бессмысленные. Ничем не обоснованы мысли о возможной смерти матери, не имеют никакого смысла рассуждения об оценках, стремление симметрично раскладывать предметы.

Во-вторых, болезненные мысли и чувства больного отличаются непреодолимым постоянством на протяжении длительного времени.

В третьих, эти мысли назойливо навязываются больному помимо и против его воли, хотя больной ощущает их как результат своего собственного мышления. Этим они отличаются от ассоциативных автоматизмов при синдроме Кандинского-Клерамбо.

Наконец, больной способен критически оценить неправильность и ненужность навязывающихся мыслей и страхов и ведет с ними постоянную, хотя и довольно безуспешную борьбу.

Нужно все же отметить, что критическое отношение больного к своим навязчивым мыслям и страхам не всегда бывает полным. Вряд ли, например, можно утверждать, что у больного К. была полная убежденность в нелепости его мыслей о смерти матери. Неполная критика к навязчивым расстройствам характерна для детей и подростков в силу недостаточного развития у них способности к аналитическому, логическому мышлению.

О каких типах навязчивых явлений рассказал больной К.? Во-первых, речь идет о навязчивых страхах (фобии). Сюда относится страх остаться без матери, постоянные опасения подвергнуться нападению со стороны сверстников. Во-вторых, навязчивые мудрствования (пустые, ненужные рассуждения об оценках). В третьих, навязчивые влечения, выражающиеся в стремлении больного симметрично раскладывать предметы.

Переходите к чтению текста на стр. 341.

Н е в е р н о. Стойкое ослабление умственной деятельности при истинной деменции ведет к нарушению всех познавательных способностей человека. Снижается способность к образованию больным новых суждений, умозаключений, утрачиваются профессиональные навыки, изменяются привычные формы поведения, нарушается память.

В описанной картине болезни у больной А. обращает на себя внимание контраст между грубыми нарушениями поведения, подчеркнутой нелепостью высказываний и поступками, свидетельствующими о достаточной сохранности интеллектуальных возможностей (дифференцированное отношение больной к врачу, младшему медицинскому персоналу и т. д.). Бросается в глаза также утрированно-нелепое поведение больной с элементами демонстративности.

Вернитесь к стр. 337 и найдите правильное решение.

Н е п р а в и л ь н о. В чем причина вашей ошибки? Вы, вероятно, основывались на том, что возникновение у больного страха внезапной смерти, а затем мысли о возможной аварии на работе связано с действительными фактами, оказавшими сильное влияние на эмоциональную сферу больного (служебные неприятности, какой-то приступ с болями в области сердца, предположение врача о тяжелом сердечном заболевании). Однако в случае сверхценной ипохондрической идеи больной не допускает сомнений в том, что он болен каким-то тяжелым заболеванием и что ему угрожает большая опасность. Вспомните больного Я., у которого были описаны сверхценные идеи ипохондрического содержания (стр. 262) и сравните его с больным С. Последний прекрасно понимает, что никакая непосредственная опасность не угрожает его здоровью, но не может избавиться от своего страха. Разница здесь большая. Чтобы лучше это узнать, прочтите следующее описание случая заболевания со сверхценными идеями ревности.

Б о л ь н о й Х., 51 г о д, р а б о т н и к Д о м а к у л ь т у р ы. По характеру живой, общительный, энергичный, но упрямый, несколько мнительный. Женат в течение 23 лет, имеет двоих детей. Часто ревновал жену, устраивал ей сцены, которые всякий раз кончались примирением. В течение последних 2-3 лет отмечает снижение памяти, чрезмерную сентиментальность, при волнении не может сдержать слез. Врач-невропатолог диагностировал начальную стадию церебрального атеросклероза. Однажды, будучи на праздничном вечере в клубе, заметил, что жена его вышла из кабинета директора клуба смеющаяся, возбужденная. Появившаяся в связи с этим мысль о неверности жены в дальнейшем не оставляла больного. Неоднократно устраивал жене сцены ревности дома и на работе, требовал, чтобы она созналась в измене, назвала имя «любовника». Не стесняясь присутствия детей, сотрудников, грубо оскорблял жену, угрожал убийством, затем раскаивался, плакал, просил у жены прощения, умолял не оставлять его. Но в следующий раз, особенно под влиянием легкого опьянения, вновь устраивал скандалы. Расспрашивал сослуживцев жены о ее поведении, старался прийти домой в неурочное время, чтобы застать жену с «любовником». В психиатрическом стационаре тревожен, взволнован, высказывает мысли об измене жены, приводя все новые «доказательства», в основном неубедительные и малозначащие. На свиданиях с женой то ласкает ее, уверяет в своей любви, то осыпает ее оскорблениями.

А теперь вернитесь к стр. 340 и дайте правильный ответ.

П р а в и л ь н о. В описанной картине болезни симптомы астении (чувство слабости, повышенная утомляемость, нарушение активного внимания, эмоциональная лабильность) сочетаются с понижением настроения. Характерно то, что глубина депрессии невелика. Для астено-депрессивного состояния характерна и другая особенность. При общей тенденции к снижению настроения оно все же постоянно колеблется и временами может выравниваться, особенно под влиянием психотерапии. Не бывает при этом и отчетливой двигательной заторможенности, хотя вялость, снижение активности (гипобулия) относятся к постоянным признакам астено-депрессивного синдрома. Нередко при нем мы встречаемся и с выраженным эмоциональным слабодушием, плаксивостью. Но у описанного больного С. этот симптом не был выявлен.

Переходите к следующему описанию.

Б о л ь н а я О., 54 г о д а, и н в а л и д II г р у п п ы. Находится на лечении в психиатрическом стационаре. В отделении малозаметна, сидит на своей кровати, часто тяжело вздыхает. На лице выражение тоски и тревоги. При беседе с врачом волнуется, слегка дрожит, непрестанно перебирает руками свою одежду. На глазах слезы. Жалуется на подавленное настроение, бессонницу, наплыв бесконечных тревожных мыслей о доме. Жизнь представляется больной ненужной и бесцельной, часто думает о том, что жить не стоит. Вот отрывок из разговора врача с больной.

Врач: почему Вы считаете, что Вы никому не нужны? Дома Вы ведете хозяйство, воспитываете внуков. Ваши детям было бы трудно без Вас.

Больная: внуков, наверное, нет уже в живых... Нет их!

Врач: почему Вы так говорите? Ведь только вчера на свидании у Вас был сын. Он сказал, что дома все в порядке.

Больная: не знаю... Наверное, все погибли. Доктор, что со мной? Сделайте что-нибудь, помогите....

О каком варианте депрессии идет речь?

1. Депрессивно-параноидальный синдром — ответ на стр. 350.

2. Тревожно-депрессивный синдром — ответ на стр. 348.

3. Ипохондрический синдром — ответ на стр. 352.

Н е п р а в и л ь н о. Бредовая идея — это ложное суждение, неподдающееся никакой коррекции. Нельзя убедить больного, высказывающего бредовую мысль, в том, что она неправильна. Обратитесь к описанию больной Х. на стр. 338, у которой имели место ипохондрические бредовые идеи и которая относилась к ним полностью некритически. Наш же больной С. не нуждается в разубеждении. Он сам прекрасно понимает необоснованность своих страхов, опасений и нелепость связанного с ними поведения.

Прочтите еще раз внимательно описание заболевания на стр. 340 и дайте правильный ответ.

П р а в и л ь н о. Депрессия у больной сочетается с чувством чрезвычайной тревожности. Тревога по своим проявлениям близка к чувству страха, но отличается от последнего отсутствием определенного объекта, на который она была бы направлена. Тревога заключается в постоянном ожидании какой-то непоправимой беды, катастрофы. В это тревожное чувство больная пытается вложить то или иное содержание, предполагая, что несчастье может случиться с близкими ей людьми, с ней самой. Тревога выражается не только в высказываниях, но, прежде всего, в мимике, в поведении больных. Тревожные больные редко бывают заторможены. Чаще они постоянно в движении, ходят взад и вперед по палате, перебирают руками предметы и т. п.

Переходите к чтению следующего текста.

У самых дверей приемно-диагностического отделения психиатрической больницы врача встречает молодая женщина. Она оживлена, настроение приподнятое, глаза блестят. Поверх больничного халата у нее одета пестрая кофточка, украшенная ярким бантом. Волосы в беспорядке, но также перехвачены яркой лентой. Губы густо накрашены, глаза подведены. Все вместе создает впечатление чего-то крикливого и безвкусного. Взяв врача «под руку», больная начинает тараторить, голос у нее охрипший.

— Я вас сразу же узнала. А когда меня выпишут? Я совсем здорова, у меня только маниакальное состояние. Как говорится, не важен метод — важен результат. А вон та нянечка пришла сегодня на работу, а у нее комбинация из-под платья выглядывает. Из-под пятницы суббота. Завтра суббота, Вы меня завтра выпишите. А у Вас тоже галстук не в порядке, дайте я вам поправлю. Не думайте, что я подлизываюсь. Уж сколько раз твердили миру, что лесть гнусна, вредна. А тебе что здесь надо! (внезапно в раздражении набрасывается на другую больную, подошедшую к врачу, пытается ее ударить. Но тут же на лице вновь улыбка, кокетливо обращается к врачу). Я в Вас влюбилась, ну и что тут такого? Любовь не порок, а большое свинство. Я еще и Лешу люблю, студента. Он ко мне вчера приходил. Вот я ему письмо написала в стихах. Хотите прочитаю? — и т.д.

В отделении больная вмешивается во все дела, всем мешает, никому не дает покоя. Собрав в кружок больных, поет, танцует. Спит не более 3-4 часов в сутки. Возбуждение полностью не купируется даже применением очень больших доз нейролептиков.

Как вы назовете описанное состояние?

1. Маниакальное возбуждение — ответ на стр. 354.
2. Гебефреническое возбуждение — ответ на стр. 356.

Н е в е р н о. Вы, вероятно, основное внимание обратили на то, *что больная постоянно сидит в одной и той же позе*, не стремится ни к какой деятельности, неохотно вступает в контакт, отказывается от еды. Все это внешне может напоминать кататонический ступор с явлениями негативизма. Но заторможенность больной отнюдь не определяет основных направлений болезни. На первый план здесь явно выступает глубокая тоска с влечением к самоубийству (суициду). Отказ от еды определяется не негативизмом, который представляет собой форму бессмысленного сопротивления любому воздействию на больного. Больная не ест, так как считает себя недостойной, преступницей.

Прочтите еще раз приведенное описание на стр. 341 и дайте правильный ответ.

Н е в е р н о. Вернитесь к стр. 341 и прочтите еще раз описание больной Н., у которой был констатирован депрессивно-параноидный синдром. Там речь идет о стойких идеях виновности и, отчасти, преследования (все смотрят на нее с презрением, считают «поганым человеком»), сопровождающиеся угнетением настроения. У нашей больной О., таких стойких бредовых идей нет. У нее тоска сочетается с чувством чрезвычайной тревоги, ожиданием чего-то страшного, что вот-вот должно произойти. Объектом этой тревоги становятся то ее близкие, то она сама.

Прочтите еще раз выписку из истории болезни на стр. 346, подумайте и дайте правильный ответ.

П р а в и л ь н о. У больной мы находим всю депрессивную триаду: тоскливое настроение (дистимия), двигательную и интеллектуальную заторможенность. В основе депрессии лежит понижение настроения, тоска. Поэтому депрессию и относят обычно к расстройствам эмоциональной сферы. У больной Н., кроме этой триады симптомов, мы находим также многочисленные бредовые идеи виновности, самоуничижения. Тоскливое настроение в сочетании с ожиданием страшной кары за совершенные больной «преступления» толкает ее на повторные суицидальные попытки. Учитывая большой удельный вес бредовых идей в картине заболевания, мы можем говорить об одном из вариантов депрессии — депрессивно-параноидном синдроме.

А теперь перейдите к следующему описанию.

Б о л ь н о й С., 37 л е т, н а у ч н ы й р а б о т н и к. Пришел на амбулаторный прием к врачу-психиатру. Свой разговор с врачом начал с просьбы не считать его психически больным в собственном смысле этого слова: он сознательный человек, успешно трудится, заканчивает диссертацию. Однако за последние месяцы он стал замечать у себя постоянно угнетенное настроение. Тоски, собственно, нет. Скорее это чувство усталости, безволие, недовольство самим собой. «Хотелось бы уехать куда глаза глядят, все бросить». Раньше был весь захвачен работой, хотелось скорее закончить диссертацию, чтобы перейти к другим делам, а теперь нет прежнего интереса. Из-за этого стал быстро утомляться, появилась рассеянность, мысли не концентрируются, а ускользают, «разбегаются по всем направлениям». Не вызывают прежнего интереса и чтение художественной литературы, кинофильмы, театр. Все кажется серым, будничным и как будто бы давно знакомым. Рассказывая об этом, больной иронизирует, называет себя нытиком, ипохондриком — «видно я уж ни на что больше не гожусь!» Однако за этими мыслями чувствуется невольное и, видимо, неосознанное желание услышать от врача противоположное мнение. Во всяком случае, уверения врача в полной сохранности его умственных и творческих способностей больной встречает внешне хотя и иронически, но с явным удовлетворением. Точно так же за внешней шутливостью и иронией больной не может скрыть тревоги за свое здоровье. При физикальном, неврологическом обследовании он с пристальным вниманием следит за всеми действиями врача, пытаясь уловить в его тоне или выражении лица намек на наличие каких-либо серьезных симптомов заболевания. После психотерапевтической беседы больной ушел ободренным и успокоенным.

Как вы оцениваете описанную картину?

1. Астено-депрессивный синдром — ответ на стр. 346.
2. Ипохондрический синдром — ответ на стр. 353.

Н е в е р н о. У больных с ипохондрическими сверхценными идеями, с ипохондрическим бредом действительно часто наблюдается тоскливое настроение, тревога, подобно тому, как описано у больной О. Но при ипохондрическом синдроме эти чувства всегда возникают вторично, в связи с мыслями о тяжком, неизлечимом недуге, о близкой и неминуемой смерти. Внимание больного при этом бывает сосредоточено на себе самом, на ощущениях в своем организме. В отличие от этого, у больной О. на первый план выступает тоска, тревога, ожидание надвигающейся катастрофы. Она не фиксирует внимание на своем здоровье, но находится постоянно в ожидании несчастья, которое может случиться с ней или с ее *близкими*.

Вернитесь к стр. 346 и найдите правильное решение.

Н е п р а в и л ь н о. Вы, вероятно, фиксировали внимание на том, что больной С. обеспокоен своим состоянием, тревожится по поводу снижения своей трудоспособности, сам себя называет «ипохондриком, нытиком». Все это действительно создает некоторый «ипохондрический налет» в клинических проявлениях заболевания. Но ипохондричность здесь не выступает на первый план, она скорее является выражением общей тревожности, угнетенного настроения, пессимистического взгляда на вещи. Больной не только не убежден в наличии у него какого-то тяжелого заболевания, но склонен сам подшучивать над собой, над своими страхами и опасениями. Что же касается его высказываний относительно собственной несостоятельности, никчемности, то они вообще очень характерны для депрессивных состояний, особенно встречающихся при неврозах (невротическая депрессия). Говоря об этом, больной как бы подсознательно ожидает, что его будут разуверять (А. Эй).

Вернитесь к стр. 351 и найдите правильный ответ.

П р а в и л ь н о. В приведенном описании содержится триада основных симптомов маниакального синдрома.

Во-первых, повышение настроения. У нашей больной оно проявляется как в мимике, так и в поведении (стремлении ярко и крикливо одеваться, больная неистощимо весела, поет, танцует). Разумеется, это повышенное настроение ни в какой мере не соответствует ситуации, в которой находится больная. Характерна также раздражительность, гневливость больной, проявляющаяся на общем повышенно жизнерадостном фоне.

Во-вторых, ускорение мышления. Больная многоречива, мысли ее беспорядочно перескакивают с одного предмета на другой. Последовательность мыслей определяется, в основном, внешними ассоциациями, созвучием слов: «Из-под пятницы суббота. Завтра суббота..» Этим же определяется наклонность к употреблению в речи большого количества пословиц, поговорок, в которых используются давно знакомые и созвучные словосочетания.

В-третьих, повышение активности. Оно проявляется в непрерывном стремлении больной к деятельности, причем направление этой деятельности меняется так же стремительно, как и направление мышления.

К этому нужно добавить, что поведение больной насыщено сексуальным содержанием.

Прочтите следующее описание и назовите психопатологический синдром.

Больная непрерывно ходит по палате, заламывает руки, плачет навзрыд, кричит, бьет себя кулаками по голове, царапает лицо. Волосы растрепаны, на лице выражение страха и страдания. Разговаривая с врачом, продолжает ходить по кабинету, кусает руки, губы, просит сделать ей «смертельный укол». Неожиданно упала на колени, пыталась целовать ноги врача, умоляя спасти ее семью, которой грозит гибель. Обещает за это любое вознаграждение. Поднятая с пола, сунула в карман врача золотое кольцо, по ее просьбе принесенное дочерью в воскресенье. Выговор, сделанный врачом, принимает как отказ помочь ей. Уговорам не поддается, остается крайне тревожной. Выйдя из кабинета, с громким криком бросилась к окну, выбила стекло, нанесла себе ранения осколками. Временное успокоение наступило после внутреннего введения тизерцина.

Какой это вариант депрессии?

1. Тревожно-депрессивное состояние — ответ на стр. 357.

2. Ажитированная депрессия — ответ на стр. 361.

П р а в и л ь н о. В данном случае мысли больного о каком-то тяжком заболевании, неоправданная тревога за свое здоровье сочетаются с многочисленными тягостными телесными ощущениями. Ложные соматические ощущения (сенестопатии) нелегко бывает отличить от действительных проявлений нераспознанного соматического заболевания. Отрицательные данные исследования внутренних органов, конечно должны учитываться. Но этого бывает недостаточно. Каждому врачу-психиатру известно немало случаев, когда у больного с «сенестопатически-ипохондрическим синдромом» при более тщательном и квалифицированном соматическом обследовании удавалось установить наличие ранее нераспознанного заболевания внутренних органов (хронический панкреатит, кистозное перерождение почки и т. п.), являющегося источником этих ощущений. Поэтому особое внимание нужно обратить на своеобразный характер сенестопатических ощущений. Они, во-первых, характеризуются тягостностью («Это не боль, но хуже боли» — говорит о них больной). Во-вторых, они нечетко локализованы. В-третьих, своеобразие характера переживаний заставляет больного при их описании прибегать к образным сравнениям («Роскошь образных сравнений»). Так наш больной сравнивает свои ощущения с прохождением по телу иголок, в голове «перчит» и т. п.

Переходите к следующему описанию.

Б о л ь н о й К., 33 г о д а, ц е х о в о й м а с т е р. Заболевание началось в связи с конфликтами на работе. Стал писать в различные инстанции жалобы на своих сотрудников, обвиняя их в «антигосударственной политике», аморальном поведении и т. п. Возникла мысль, что жена его до брака была в связи с директором предприятия. Ее влияние на директора таково, что она может решать все вопросы, вплоть до направления сотрудников в заграничные командировки. Вспоминает, как по его просьбе директор вернул в цех нескольких работников, временно переведенных на другую работу. Во время обхода цеха директор подошел к нему и пожал руку. Все это, по убеждению больного, свидетельствует о связи директора с его женой. Боясь разоблачения, директор хочет убрать больного с завода. По его приказу сотрудники «намекают» больному на увольнение, соседи записывают все его разговоры с женой и доносят о них директору, лечащего врача специально неправильно информировали и т.д. Больной весь полон мыслями о «преследовании». Любой разговор сводит на тему о том, какие меры он принял в свою защиту, куда написал. Намекает на «влиятельных друзей», без которых он «давно был бы на Колыме». Намерен продолжать борьбу, «разоблачить кого следует».

Как Вы назовете описанную картину заболевания?

1. Навязчивые явления — ответ на стр. 360.

2. Паранойяльный синдром — ответ на стр. 363.

3. Сверхценная идея — ответ на стр. 358.

Н е в е р н о. В отличие от психических расстройств у описанной больной, при гебефреническом возбуждении мы видим дурашливость и гримасничание без истинной веселости. Вместо постоянного стремления к целенаправленной деятельности, у больных с гебефреническим синдромом характерным бывает нелепое возбуждение, импульсивные поступки. Мышление также непродуктивно и сводится обычно к пустому резонерству или бывает разорванным. Если больные в состоянии гебефренического возбуждения бывают гиперсексуальны, то их сексуальное поведение грубо и упрощенно (агрессия по отношению к лицам противоположного пола, открытое онанирование). У описанной же больной сексуальное поведение хотя и проявляется в чрезмерных, карикатурных формах, но не теряет чисто человеческих черт (разговоры о любви, кокетство).

В дальнейшем мы постараемся показать, что отграничение описанного синдрома от других форм психических расстройств (кататонический, гебефренический синдромы) не всегда бывает столь просто и очевидно.

Вернитесь к стр. 348 и дайте правильный ответ.

Ваш ответ нельзя назвать неправильным, но он не совсем точен. Действительно, у больной тоскливое настроение сочетается с тревожностью. Но кроме того, у нее отмечается и бурное психомоторное возбуждение с суицидальными попытками. Это возбуждение (ажитацию) можно представить себе как результат крайнего выражения тревоги.

Вернитесь к стр. 354, подумайте, дайте правильный ответ и сопоставьте его обоснование с тем, что Вы найдете на стр. 361.

Неправильно. Сверхценная идея всегда возникает в связи с реальной жизненной ситуацией и в своем развитии не утрачивает понятной связи с этой ситуацией. У больного К. идеи преследования также берут начало в конфликтных отношениях на работе, но вскоре обоснование «преследования» становится нелепым, опирается на «кривую логику», утрачивает свою психологическую понятность. Больной видит подтверждение своих подозрений в неверности жены в том, что директор при встрече пожал ему руку, в словах и поступках окружающих видит лишь ему одному понятные «намеки» на увольнение его с работы и т. п.

Прочтите следующее описание больного со сверхценными идеями изобретательства, и Вам будет понятнее Ваша ошибка.

Больной Ш., 43 года, техник-лесовод. Занимаясь измерениями стволов деревьев, он обратил внимание на зависимость их диаметра от расстояния от опушки леса. Ш. подумал, что если ему удастся вывести формулу, характеризующую эти отношения, то такая формула будет иметь большое значение для вычисления объема древесины. Он продолжал свои наблюдения и спустя некоторое время вывел необходимую формулу. Свои расчеты и статьи Ш. направлял в различные научные журналы, но признания не добился. В рецензиях на его работы указывалось, что тема актуальна, но приведенные расчеты неубедительны и требуют проверки. Однако Ш., будучи человеком настойчивым и, вместе с тем, чрезмерно самолюбивым, оставался неудовлетворенным объяснениями, даваемыми в рецензиях. Личные контакты со специалистами также не убедили его в ошибочности полученных данных. Считая отзывы необъективными, он стал обращаться во многие советские и партийные организации с требованием «восстановить справедливость», вел обширную переписку, заведя две папки — для входящих и исходящих бумаг. В своих ответах оппонентам Ш. выискивал малейшие неточности в выражениях несогласных с ним ученых, видя в них доказательства необъективности оценки, консерватизма, желания уйти от ответственности. Все свободное от работы время Ш. уделял составлению бумаг, поискам новых доказательств своей правоты. В связи с этим он перестал уделять достаточное внимание своим основным обязанностям, в разговорах с членами семьи, с друзьями постоянно возвращался к вопросу о своем изобретении, выражая свое возмущение, волновался, с обидой реагировал на любые возражения. Стал раздражительным, плохо спал.

А теперь вернитесь к стр. 355 и найдите правильное решение.

Ваше предположение уместно. Каждый врач, прежде чем он утвердится в мнении относительно сенестопатически-ипохондрического синдрома, должен как можно тщательнее обследовать соматическое состояние больного. Нужно также помнить, что в клинической практике нередко встречаются стертые, атипичные формы заболеваний внутренних органов, нервной системы, распознавание которых представляет большие трудности, особенно на ранних стадиях болезни.

Однако в описанном случае заболевания Вам следовало бы обратить большее внимание на психопатологическую структуру болезненных расстройств, учет которой помогает дифференцировать сенестопатии и болезненные ощущения, возникающие при соматическом заболевании. Обратите внимание на тягостный характер ощущений у больного Н. (хотя это не боль!), нечеткую их локализацию, их необычность, в связи с чем больному приходится при описании этих ощущений прибегать к образным сравнениям. Если учесть все это, то возникают сомнения в правильности данного Вами ответа.

Вернитесь к стр. 361, еще раз прочтите описание больного Н. и подумайте, как бы Вы должны были оценить его состояние, работая терапевтом.

Н е в е р н о. Вернитесь, пожалуйста, к стр. 340 и 342, где дано описание двух больных с преобладанием в картине заболевания навязчивых явлений. Сравните их с описанием больного К. Вы сразу заметите большую разницу. При синдроме навязчивости больные понимают и критически оценивают неправильность, ненужность навязывающихся им мыслей, страхов, желаний. Поэтому они и не совершают нелепых или опасных действий, сколь бы ни тягостно было противиться влечению совершить их (например, выкрикнуть неприличное слово в общественном месте, совершить поджог и т. п.) У больного К., напротив, существует несокрушимая убежденность в справедливости его мыслей о преследовании, измене жены. В соответствии с этой убежденностью он совершает нелепые поступки, вступает в борьбу с мнимыми преследователями, обращается с жалобами в различные инстанции.

Прочтите еще раз описание больного К. на стр. 355 и дайте правильный ответ.

П р а в и л ь н о. У данной больной тоска сочетается не с заторможенностью (как это имеет место при классической депрессивной триаде), а с бурным психомоторным возбуждением (ажитацией). Поэтому такие состояния получили название ажитированной депрессии. Обратите внимание на особую опасность самоубийства в подобных случаях заболевания и необходимость самого строгого наблюдения за этими больными.

Переходите к следующему тексту.

Б о л ь н о й Н., 35 л е т, с л е с а р ь. В течение нескольких месяцев не работает, постоянно обращается за помощью к разным врачам. Жалуется на слабость, отсутствие аппетита, бессонницу. Отмечает у себя массу неприятных ощущений во всем теле: не хватает дыхания, сердце «словно облили чем-то горячим» и оно вот-вот разорвется. Чувствуется какой-то жар, в голове «перчит», голова словно забита, «заклинена», кровь застывает в жилах, по всему телу «проходят иголки». При обследовании больного патологических изменений со стороны внутренних органов не выявлено. Несмотря на отрицательные данные исследований, больной остается тревожным, подозревает у себя какое-то серьезное заболевание. Что это такое?

1. Сенестопатическая ипохондрия — ответ на стр. 355.
2. Болезненные ощущения, связанные с нераспознанным соматическим заболеванием — ответ на стр. 359.

П р а в и л ь н о. У больного Б. бред чувственный. Он возникает подобно «озарению», и больной даже не делает попыток обосновать свои неправильные убеждения. Содержание бреда ипохондрическое, но от обычного ипохондрического бреда он отличается фантастичностью, крайней нелепостью. Поэтому его называют также бредом громадности. Характерен депрессивный фон настроения.

Прочтите следующее описание и ответьте на поставленные вопросы.

Б о л ь н о й Ш., 26 л е т, и н ж е н е р. Заболевание началось довольно остро. Стал тревожным, возбужденным, запирался в своей комнате, занавешивал окна, заявлял, что за ним ведется наблюдение из противоположного дома, изрезал на куски свои рубашки и носовые платки. В отделении психиатрической больницы напряжен, подозрителен, испытывает страх. Слышит из-за окна и через стену какие-то голоса, стук, музыку, затыкает себе уши ватой. На врача смотрит недоверчиво, угрюмо. Себя считает здоровым, требует выписки. Заявляет, что вокруг него «все подстроено», врача принимает за известную киноактрису, больных — за артистов русского народного хора: «Здесь какой-то маскарад, все притворяются больными, а они артисты!» *В словах окружающих слышит «намеки»*, угрозы в свой адрес. Все вокруг приобрело для больного свой особый смысл: ковровая дорожка — дорожка на кладбище («это значит — скоро умру!»); олени, изображенные на картине, означают «лень» — следовательно его считают ленивым; беседу с врачом воспринимает как знак того, что его считают шпионом.

Что это такое?

1. Синдром психического автоматизма — ответ на стр. 366.
2. Острый параноидный синдром — ответ на стр. 368.
3. Делириозный синдром — ответ на стр. 371.

Да, это паранойяльный синдром. Он характеризуется, во-первых, систематизированным характером бреда. Мысли больного об измене жены, о преследовании его директором завода по-своему логически связаны между собой, причем одно ложное суждение вытекает из другого, такого же ложного. Далее, бред монотематичен. Как бы ни развивалась бредовая идея, она крутится вокруг одной темы: директор завода находится в связи с женой больного и потому хочет от больного избавиться. Наконец, для паранойяльного бреда характерна тенденция к постоянному расширению, привлечению к бредовому толкованию все новых людей и событий (последовательно в бред вовлекаются сотрудники, соседи, лечащий врач и т.д.). Галлюцинациями паранойяльный бред не сопровождается.

Переходите к чтению следующего текста.

Больная С., 60 лет, пенсионерка. 5 лет тому назад однажды поссорилась с соседкой, расстроилась, плакала, ночью плохо спала. Наутро услышала за стеной голоса соседки и ее родственников, которые угрожали убить ее и детей. Появился страх, не могла оставаться дома одна, боялась выходить в общую кухню. С тех пор в течение 5 лет почти постоянно слышит те же голоса, которые угрожают больной, приказывают выброситься из окна, называют ее оскорбительными именами. Иногда слышит голос своего сына, который успокаивает больную, советует ей лечиться. Голоса идут из-за стены, из-за окна, и воспринимаются больной как реальная обычная человеческая речь. В этой речи часто повторяются одни и те же фразы, звучащие в одинаковом тембре, с одними и теми же модуляциями голоса. Иногда слова произносятся ритмично, подобно тиканью часов, в такт с ощущаемой больной пульсацией сосудов. При усилении голосов в тишине, особенно ночью, больная становится тревожной, подбегает к окнам, утверждает, что сейчас убивают ее детей, а она ничем не может им помочь. В шумной комнате и во время беседы с больной голоса полностью исчезают. Охотно соглашается с тем, что голоса эти имеют болезненное происхождение, но тут же спрашивает, за что соседка хочет ее убить.

Какой это синдром?

1. Паранойяльный синдром — ответ на стр. 365.
2. Синдром Кандинского-Клерамбо — ответ на стр. 367.
3. Вербальный галлюциноз — ответ на стр. 369.

Н е п р а в и л ь н о. Бесспорно, что у больного Б. имеются бредовые идеи, и содержание их является ипохондрическим. Но в отличие от паранойяльного бреда, ложные суждения здесь существуют без всяких попыток больного дать им какое-то логическое обоснование. Бредовые идеи имеют образный, чувственный характер, они возникают подобно озарению и принимаются больным, как аксиома, без всяких доказательств. Кроме того, от обычного ипохондрического бреда ложные суждения у больного Б. отличаются крайней нелепостью и фантастичностью.

А теперь вернитесь к стр. 369 и дайте правильный ответ.

Н е в е р н о. Вас, вероятно, смутило то обстоятельство, что у больной имеются бредовые идеи преследования монотематического характера, и возникновение этих идей по времени связано с психогенной травмирующей ситуацией (после ссоры с соседкой возникает постоянный страх, что соседка и ее родственники хотят убить больную и ее детей). Но обратитесь вновь к стр. 355, где дано описание паранойяльного бреда у больного К. Вы увидите, что при систематизированном бреде имеет место неправильное, извращенное толкование больным реальных событий с попытками обосновать свою бредовую убежденность, чего нет у нашей больной С. Галлюцинации при паранойяльном бреде в большинстве случаев отсутствуют, а если они и возникают, то бывают немногочисленными, не занимают большого места в картине заболевания и всегда вытекают из бредового толкования больным событий действительности (так больная, убежденная в том, что ее отравляют соседи, ощущает в комнате запах «газа»).

В противоположность этому, у больной С. на первый план выступают стойкие, однотипные слуховые галлюцинации. Бред преследования возникает как бы «вторично» и обостряется всякий раз вместе с усилением «голосов». Мы видим, что здесь прежде всего страдает чувственное восприятие, бредовое же толкование событий упрощено, элементарно, не сопровождается изменением всего склада личности больной.

Вернитесь к описанию на стр. 363 и дайте правильный ответ.

Н е п р а в и л ь н о. Нечто общее с синдромом психического автоматизма в описанной картине заболевания имеется в том, что больной чувствует себя зависимым от странной, причудливо изменившейся окружающей обстановки, вызывающей у больного недоумение, чувство страха. Но здесь нет характерного для синдрома Кандинского-Клерамбо чувства овладения — все мысли и поступки больной воспринимает как свои собственные, принадлежащие ему самому. Нет также симптома открытости мыслей, ментизма, псевдогаллюцинаций, бреда физического и психического воздействия.

Если различие Вам неясно, прочтите еще раз описание больного Р. на стр. 367, у которого имеется синдром Кандинского-Клерамбо. А затем Вам следует прочитать еще раз внимательно текст на стр. 362 и найти правильное решение.

Неверно. При синдроме психического автоматизма Кандинского-Клерамбо мы обычно сталкиваемся со стойкими галлюцинаторными переживаниями. Однако при этом у больных преобладают псевдогаллюцинации, не имеющие характера реальных голосов, зрительных образов и т. д. Они воспринимаются скорее как «мысленные голоса», как звучащие мысли, навязывающиеся больному. У описанной нами больной С. «голоса» носят характер истинных слуховых галлюцинаций. Кроме того, у нее отсутствуют характерные для синдрома психического автоматизма чувства овладения, открытости мыслей, бредовые идеи физического и психического воздействия. Прочтите следующий текст, в котором дается описание больного с синдромом Кандинского-Клерамбо.

Больной Р., 19 лет, студент. Обратился в органы МВД с письмом следующего содержания: «Прошу принять меры и оградить меня от преследования шайки бандитов и хулиганов. Они воображают себя сверхчеловеками, поместили меня в сумасшедший дом и производят надо мной эксперименты. Тайно вставили мне в голову передатчик, какой-то «центральный мозг» и постоянно ведут со мной переговоры с помощью сверхвысоких частот, не дают ни минуты покоя. Вколачивают мне в голову грязные мысли и заставляют отвечать на них, все мои чувства уложили под железный колпак. Они с хулиганскими намерениями двигают моим языком, заставляют произносить нецензурные слова, забивают мне голову своими провокационными разговорами. По ночам вынимают мое сердце, легкие и вкладывают другие, кибернетические. Говорят, будто бы я гипноз, заставляют действовать на людей. Я весь стал сам не свой, даже ем и хожу автоматически. А они все время мысленно говорят мне, что сделали из меня робота. Еще раз прошу незамедлительно принять меры против этих хулиганов».

А теперь вернитесь к стр. 363 и дайте правильный ответ.

П р а в и л ь н о. На первый план в картине заболевания выступает бред — ложное истолкование больным окружающей ситуации и своего отношения к ней. Этот бред наполнен чувством страха, тревоги, растерянности. Он не складывается в систему, и больной не делает попыток связного обоснования своих опасений. Бредовые идеи конкретны, но непоследовательны, разнообразны по содержанию. Имеются бредовые идеи преследования (следят из окна другого дома, угрожают), значения (больной видит особый смысл в поведении врача, в рисунке на стене и пр.), интерметаморфозы (ложные узнавания, все кажется подстроенным, больные и врач принимаются за артистов). Ложные восприятия проявляются в виде истинных слуховых галлюцинаций и вербальных иллюзий — также отрывочных и фрагментарных. Все это отличает описанное состояние от систематизированного, паранойяльного бреда.

Прочтите следующую выписку из психического статуса больной и выберите правильный ответ.

Б о л ь н а я М., 22 г о д а, и н в а л и д II г р у п п ы. В отделении большую часть времени лежит, закрывшись с головой одеялом, что-то шепчет, улыбается. В разговор вступает неохотно. Удается выяснить, что больная беспрерывно слышит «голоса» большой группы людей, которые «прикрепляются» к ее голове с помощью каких-то аппаратов. Людей этих больная никогда не видела, но по их разговорам поняла, что они только и делают, что «занимаются половой жизнью». Головы этих людей связаны с ее головой, и потому она может обмениваться с ними мыслями. Такое состояние больная называет «гипнозом». Чувствует, как эти люди действуют на ее половые органы, «используют как женщину», превращают в гермафродита, изменяют ее настроение, извращают вкус и запах пищи, превращают его в запах грязного человеческого тела, могут отнять у больной все мысли — «пустая голова и все». Уверена, что обладатели «голосов» превратили ее и всех других людей в роботов.

Какой это синдром?

1. Синдром психического автоматизма — ответ на стр. 370.

2. Вербальный галлюциноз — ответ на стр. 372.

П р а в и л ь н о. На первый план в картине заболевания у больной С. выступают стойкие слуховые (вербальные) истинные галлюцинации. Характерна однотипность этих галлюцинаций на протяжении многих лет, неприятное, угрожающее содержание галлюцинаторной речи. Первично здесь нарушение восприятия, чувственной сферы. Бредовые идеи преследования выступают как бы «вторично» и вытекают из содержания галлюцинации. Подобная картина заболевания характерна для длительно протекающего, хронического вербального галлюциноза.

Переходите к следующему описанию.

Б о л ь н о й Б., 22 г о д а, с о л д а т. Психическое заболевание возникло остро, в связи с перенесенным гриппом. Стал жаловаться на постоянные боли в горле, высказывал мысль, что он болен туберкулезом гортани, горло у него сгнило, дыхание «захватывает», выпали все зубы, в груди пусто, все сгнило. Отказывался от еды на том основании, что у него «нарушилась связь горла с желудком, желудок мертвый», все внутренности склеились. Заявил, что он труп, но двигается лишь потому, что через него пропускают электрический ток. В стационаре бездеятелен, одинок, встревожен. Настроение подавленное.

Что это такое?

1. Синдром Котара — ответ на стр. 362.

2. Параноийяльный ипохондрический бред — ответ на стр. 364.

П р а в и л ь н о. В психопатологии синдрома Кандинского-Клерамбо у описанной нами больной М. преобладают явления сенестопатического автоматизма. Некие люди, по мнению больной, изменяют ее телесные ощущения: действуют на половые органы, делают неприятными запахи, меняют вкус пищи. Но имеются также и симптомы идеаторного (ассоциативного) автоматизма, такие как симптом отнятия мыслей, ощущение непроизвольного изменения своего настроения, насильственный обмен мыслями с воображаемой группой людей. Все это сочетается с псевдогаллюцинациями, бредом физического и гипнотического воздействия.

Как Вы обозначите следующее психопатологическое состояние?

Б о л ь н о й Р., 23 г о д а, р а д и о т е х н и к. 3 года тому назад стал ощущать постоянный неприятный запах от своих ног и из подмышечной области. Затем ему стало казаться, что запах кала, мочи и гнили исходит из половых органов и заднего прохода. Замечал, что будто бы находящиеся рядом с ним люди «поводят носами», отворачиваются. В разговорах окружающих слышались слова: «Запах... Свинья...» Чувствовал себя виноватым, по нескольку раз в день мылся, менял белье, но «запах» не исчезал. В связи с этим не мог находиться среди людей, старался быть в одиночестве. Появились мысли о самоубийстве. Все попытки врача убедить больного в том, что никто из окружающих не ощущает неприятного запаха, больной встречает с полным недоверием, утверждая, что запах чувствуют все, но хотят это от него скрыть.

Что это такое?

1. Ипохондрический бред — ответ на стр. 374.
2. Синдром психического автоматизма — ответ на стр. 376.
3. Дисморфофобический синдром — ответ на стр. 379.

Н е п р а в и л ь н о. На первый план у больного Ш. выступает искаженное понимание им ситуации, входящее в противоречие с действительностью, ложные суждения, не поддающиеся разубеждению, коррекции. Это бредовые идеи. Они ярки, чувственны, но бессистемны и отрывочны. Слуховые галлюцинации также фрагментарны и играют в картине болезни второстепенную роль. Напротив, при делирии мы имеем дело с галлюцинаторным помрачением сознания. Галлюцинации здесь преимущественно зрительные, обильные, они оттесняют на задний план восприятие реальной обстановки и определяют все поведение больного. Имеются многочисленные иллюзорные переживания, также преимущественно зрительные. Чувственный бред при делирии представляет собой обычное явление. Но, в отличие от больного Ш., бредовые идеи здесь бывают элементарны (в окно лезут бандиты, хотят убить, из-под кровати украли бутылку с водкой) и прямо вытекают из содержания галлюцинаций.

Вернитесь к стр. 362 и найдите правильное решение.

Неверно. Вы, вероятно, сделали заключение, обратив внимание на стойкость, однотипность вербальных галлюцинаций у больной М. Расстройства восприятия выражаются у больной главным образом в виде слуховых псевдогаллюцинаций (голоса «прикрепляются» к голове, принудительно навязываются с помощью «аппаратов», гипноза, больная мысленно переговаривается с мнимыми собеседниками). Поэтому речь могла бы идти скорее о вербальном псевдогаллюцинозе.

Но обратите внимание на то, что описанное состояние у больной М. гораздо сложнее синдрома вербального галлюциноза, включает большее количество симптомов. Тут и ощущение воздействия на половые органы, на настроение больной, и насильственное отнятие мыслей, и идеи метаморфоза (превращают в гермафродита), воздействия аппаратами и гипнозом. Характерно то, что больная не только себя, но и всех окружающих людей считает превратившимися в «роботов». Бред здесь сложен, обширен, все мировоззрение больной болезненно искажено.

Прочтите еще раз описание больной С. на стр. 363, у которой имел место вербальный галлюциноз, сравните ее с больной М., а затем вернитесь к стр. 368 и дайте правильный ответ.

П р а в и л ь н о. Психопатологическая симптоматика у больного Б. сложна и многообразна. Здесь имеют место слуховые, обонятельные истинные и псевдогаллюцинации, гипнагогические зрительные галлюцинации, бредовые идеи воздействия, преследования, явления психического автоматизма. Наряду с этим у больного возникает нелепый, фантастический бред величия. Описанный вариант парафренного синдрома, при котором имеются обильные галлюцинации, а образный фантастический бред по своему содержанию тесно связан с характером галлюцинаторных переживаний, получил название галлюцинаторной парафрении (Э. Крепелин).

К какой форме психических нарушений Вы отнесете следующую картину заболевания? В чем ее сходство и отличие от психопатологического синдрома, описанного на стр. 379 (больной Б.)?

Б о л ь н о й Г., 39 л е т, и н в а л и д II г р у п п ы. Поступает в психиатрическую больницу в 6-й раз; приступы болезни сходны, по типу «клише». При поступлении в стационар контакту почти недоступен. То возбужден, прыгает, кричит, свистит, то бесцельно бродит по коридору с выражением отрешенности, временами беспричинно смеется. Через 3 недели наступило значительное улучшение состояния, и больной рассказал о своих переживаниях следующее: «Я понимал, что нахожусь в больнице, но как-то не придавал этому значения. В голову потоком лезли мысли, все в голове смешалось. Все вокруг было странным, фантастичным: цветы на окне я принимал за марсианские растения, казалось, что у людей прозрачные голубые лица и двигаются они медленно, плавно — словно летают по воздуху. Своего врача, у которого я лечусь третий раз, я сразу узнал, но и она мне казалась воздушной, бесплотной, вместо рук у нее были щупальцы, и я чувствовал их холодное прикосновение. Лягу в постель — и сразу же мыслями уношусь далеко. Представляю себе здания с коринфскими колоннами, и сам я хожу будто бы по сказочному городу среди людей, одетых в древнеримские одежды. Дома кажутся пустыми, незаселенными, везде видятся памятники. Все это — как во сне».

Что это такое?

1. Онейроидный синдром — ответ на стр. 378.
2. Парафренный синдром — ответ на стр. 380.

Ваш ответ не совсем точен, хотя назвать его неправильным нельзя. Действительно, у больного Р. имеется бредовая убежденность в том, что от него исходит неприятный запах, все окружающие его сторонятся, избегают. Эти ложные суждения, как и при любых формах бреда, не поддаются разубеждению. Мы обнаруживаем здесь также обонятельные галлюцинации и вербальные иллюзии. Очевидна связь этих галлюцинаторных и иллюзорных переживаний с эмоциональным состоянием больного, его убежденностью в нарушениях физиологических отправлений в своем организме.

Однако в клинической психиатрии психические расстройства, при которых больные убеждены в уродливом, неправильном строении своего тела, в нарушениях его физиологических отправлений, получило особое название. Такое отграничение имеет известное значение для оценки состояния больного и для целей диагностики.

Подумайте еще раз, о какой форме психических расстройств идет речь у больного Р., описанного на стр. 370.

Н е в е р н о. Мы уже не раз обращались к синдрому Кандинского-Клерамбо, и Вам должно быть ясно, что у больного Б. имеются явления психического автоматизма («создают мысли», «наматывают на мозг», «подпускают в нос запахи», действуют с помощью различных аппаратов и т. п.). Но дело здесь не ограничивается психическим автоматизмом. Психопатологическая картина более сложна и включает фантастический бред величия, богатства, необычайного могущества. Идеи величия находят отражение и в поведении больного — он гневлив, держится высокомерно, с подчеркнутым достоинством.

Вернитесь к стр. 379 и найдите правильное решение.

Н е п р а в и л ь н о. Причина Вашей ошибки, вероятно, заключается в том, что убежденность больного Р. в наличии у него физического недостатка внешне напоминает сходные высказывания у больной М. (стр. 368), у которой имел место синдром Кандинского-Клерамбо. Но обратите внимание на существенную разницу в приведенных описаниях. У больной М. ощущения изменений в своем теле (превращают в «гермафродита», действуют на половые органы и т. п.) носят характер «сделанных», вызванных воздействием извне, и сочетаются с бредом воздействия. Этого ощущения навязанности, «сделанности» нет у больного Р. У него отсутствуют также явления идеаторного и моторного автоматизма, ментизм, псевдогаллюцинации и другие симптомы, характерные для синдрома Кандинского-Клерамбо.

Вернитесь к стр. 370 и найдите правильный ответ.

Н е п р а в и л ь н о. На стр. 338, 355 мы уже приводили описания больных с паранойяльным бредом преследования, ипохондрическим. При паранойяльном синдроме (бред толкования, систематизированный бред) у больных возникает ложное, одностороннее толкование действительных или возможных событий, приводящее к неправильным выводам. Суждения больного хотя и основаны на кривой логике, но всегда связаны между собой. Больной стремится обосновать, доказать свою правоту, прибегая к действительным фактам и наблюдениям, которые, однако, толкуются им криво и извращенно. Галлюцинации отсутствуют или имеют небольшой удельный вес. В отличие от этого, бредовые идеи у больного Б. нелепы, фантастичны, и он даже не делает попыток их логического обоснования. Бред имеет чувственный, образный характер. Галлюцинации занимают большое место в картине болезни. Чтобы лучше понять эту разницу, прочтите следующее описание больного с паранойяльным бредом величия и сравните его с больным Б.

Б о л ь н о й Л., 53 г о д а, а г р о н о м. В психоневрологический диспансер обратилась его жена. Она рассказала, что в течение последнего года ее муж забросил работу, целыми днями и даже по ночам что-то пишет и тщательно прячет написанное. Вызванный к врачу, больной рассказал, что он изобрел аппарат «Л-2» для улавливания мыслей на расстоянии. Это изобретение, по мнению больного, должно стать основой для «новой технической революции» и имеет огромное оборонное значение. Принес с собой массу чертежей, схем, толстую рукопись, в которой с помощью уравнений из элементарной математики, простых законов физики он пытается обосновать свою «гипотезу». Рассказал врачу, что первый экземпляр рукописи он повез в Москву, но по дороге чемодан был украден. Абсолютно уверен, что кража эта была совершена агентами иностранной разведки. Обо всем этом больной рассказывает с массой мельчайших подробностей, с глубокой убежденностью, отметая мысль о возможности ошибки.

А теперь вернитесь к стр. 379 и найдите правильное решение.

П р а в и л ь н о. Обращает на себя внимание острый характер приступа болезни, на высоте которого возникает сновидное нарушение сознания с фантастическими переживаниями. Последнее сближает данную картину заболевания с парафренным синдромом, описанным на стр. 379. Но у больного Г., в отличие от предыдущего описания, имеются яркие зрительные псевдогаллюцинации фантастического характера (он образно «представляет» себе сказочные города, фантастические события и сам является их участником). Имеются парэйдолические иллюзии: цветы кажутся марсианскими растениями, у врача вместо рук — щупальцы. Эти сновидные переживания заполняют сознание больного. При этом, однако, сохраняется ориентировка в окружающем — больной понимает, что он находится в больнице, узнает врача. Поэтому такой онейроид называют ориентированным.

Прочтите следующее описание и назовите синдром.

Б о л ь н а я Г., 14 л е т, у ч е н и ц а 8 к л а с с а. Всегда спокойная, застенчивая, за последнее время девочка стала вести себя дерзко и развязно. Перестала ходить в школу, несколько раз не ночевала дома, на улице подмигивала незнакомым молодым людям. В отделении психиатрической больницы держится в стороне от детей и подростков. Большую часть времени ничем не занята, но иногда, оставшись в одиночестве, танцует, что-то напевает. Гиперсексуальна, в присутствии других детей и, особенно, мальчиков, ложится в кровать, задирает халат и голыми ногами болтает в воздухе. В ответ на замечание медсестры дерзко заявляет: «А что тут такого? Раз трусики шьют, то пусть их все видят!» Себя называет «Вильгельмом-Завоевателем по фамилии Перепрыжкин». Постоянно гримасничает, морщит лоб, закрывает глаза, хмурит брови. Внезапно, без видимой причины, разражается бессмысленным смехом. На свидании с родителями неприветлива, холодна, раздражительна. Принесенные ими продукты тут же съедает, кроме того пытается выхватить пищу у других детей. При беседе с врачом девочка неоткровенна, на вопросы отвечает формально и уклончиво. Просит отпустить ее домой, но упорства в просьбах о выписке не проявляет, хотя и считает себя психически здоровой. Находясь в больнице более 2-х месяцев, не делает попытки разобраться в причинах стационирования. Не обеспокоена перерывом в учебе: «Ничего нет особенного. Перейду учиться в другую школу». При свидании с подругами не проявляет никакой радости.

Как Вы назовете этот психопатологический синдром?

1. Гебефренический синдром — ответ на стр. 381.
2. Апатический синдром — ответ на стр. 383.
3. Кататоническое возбуждение — ответ на стр. 385.

П р а в и л ь н о. Дисморфофобический синдром (или дисморфофобия) представляет собой такую форму нарушений психики, когда у больного возникает ложная убежденность в наличии у него каких-либо уродств или нарушений функций того или иного органа. В описанном случае речь идет о бредовой дисморфофобии, поскольку ложная убежденность больного Р. в том, что от него исходит неприятный запах, с самого начала нелепо и грубо искажает понимание реальных событий. Она сочетается с бредом отношения (люди отворачиваются, «поводят носами»), обонятельными галлюцинациями и вербальными иллюзиями (в разговорах окружающих слышатся бранные слова).

Отграничение дисморфофобии от ипохондрического бреда довольно условно. В основном, оно заключается в том, что при бреде имеется тревога, страх за свое здоровье, ожидание неминуемой гибели (см. описание больной Х. на стр. 338). При дисморфофобии опасения больного направлены вовне и выражаются в том, что «недостаток» или «уродство» якобы замечается окружающими людьми. Отсюда вытекают и бредовые идеи отношения.

Прочтите следующее описание и найдите правильный ответ.

Б о л ь н о й Б., 60 л е т. В отделении психиатрического стационара держится самоуверенно, говорит с апломбом, гневлив, бывает агрессивен. Себя называет «фельдмаршалом», «властителем Мира». Слышит «голоса», доносящиеся из других миров, переговаривается с ними. Заявляет, что он свободно может переноситься на Луну, Юпитер, другие планеты, откуда он управляет Вселенной, движением небесных тел. Часто ощущает запах бензина, спирта, которые ему «подпускают в нос с помощью особой техники». При этом раздражается, требует, чтобы «немедленно прекратили это безобразие». Чувствует, как с помощью аппарата на него действуют «протонами», создают «превратные мысли», «наматывают на мозг», из Лондона действуют с помощью «электронов». При закрытых глазах видит различных животных, рака, скорпиона и т.п. Требует немедленной выписки, хочет ехать в Москву, где ему «дадут столько денег, сколько он захочет». Вместе с тем, при беседе на отвлеченные темы обнаруживает достаточную рассудительность, дает меткие оценки своим сотрудникам, больным в отделении, хорошо разбирается в существе текущих политических событий и т. п.

Как Вы оцените это состояние?

1. Парафренный синдром — ответ на стр. 373.
2. Синдром психического автоматизма — ответ на стр. 375.
3. Паранойяльный синдром — ответ на стр. 377.

Неправильно. Поводом к ошибке, вероятно, послужило то обстоятельство, что в данном описании у больного Г. представлен фантастический бред, характерный для парафренного синдрома. Но обратите внимание на тот факт, что картина заболевания здесь еще более сложна. Помимо фантастического бреда, она включает нарушение сознания по сновидному типу. Можно сказать, что больной видит наяву причудливые сновидения. Реальная обстановка представляется ему иллюзорно, сознание заполнено грезоподобными фантазиями, воображаемыми событиями, участником которых становится сам больной. Это обстоятельство делает возможным отграничение описанного состояния от сходной с ним фантастической парафрении.

Прочтите еще одно описание больного с парафренным синдромом и обратите внимание на его отличие от психических нарушений у больного Г.

Больной К., 25 лет, плотник. Заболел остро. Стал слышать голос «Ильи-пророка», который поучал больного, говорил об измене любимой девушки. Больной ходил по улицам, встречным людям раздавал свои деньги. Всем рассказывал, будто бы вчера он умер, а сегодня воскрес и воскресил своих соседей по общежитию, которые, по его слоаам, тоже были мертвы. Помещенный а психиатрическую больницу, больной держится с подчеркнутым достоинством, ходит, гордо подняв голову. Себя называет «повелителем неба, заезд и всего жиаого», в его теле заключена «бессмертная душа, которая всегда будет управлять душами других людей и карать их». Предлагает показать присутствующим «бога». С этой целью становится на одну ногу, прижимает руки к груди и крепко зажмуривает глаза. Постоянно слышит «голоса», идущие из его сердца, которые говорят больному: «Суд над живыми и мертвыми еще не наступил», заставляют его писать жалобы на других больных, не дают ему покоя.

А теперь вернитесь к стр. 373 и дайте правильный ответ.

П р а в и л ь н о. Картина психических расстройств у больной Г. довольно многообразна. Отмечается безразличное отношение к родителям, к создавшейся ситуации, к перспективам на будущее, гиперсексуальность, злобность, недоступность больной контакту. Но на первый план все же выступает дурашливость. Больная гримасничает, нелепо смеется. В этом смехе девочки, в ее одиноких танцах нет веселости, заразительности. Мимика оказывается несоответствующей характеру эмоций (парамимия). Для нас практически особенно важно выделить и подчеркнуть в картине заболевания именно черты дурашливости, так как они сигнализуют о чрезвычайной злокачественности течения болезни.

Переходите к чтению следующего текста.

Б о л ь н о й В., 18 л е т, и н в а л и д I г р у п п ы. В течение многих месяцев состояние остается неизменным, Ни с кем не общается, часами лежит в постели, сохраняя одну и ту же позу, голова приподнята над подушкой. Иногда встает и подолгу стоит около кровати, однообразно переступая с ноги на ногу. Временами внезапно вскакивает, подбегает к двери, целует косяк и вновь ложится в постель. На лице застыла бессмысленная улыбка, губы вытянуты (симптом хоботка), кожные покровы лица сальные, изо рта вытекает слюна. Кисти рук и стопы цианотичны, акрогипергидроз. Вступить в контакт с больным не удается. На вопросы он не отвечает, смотрит в сторону, чему-то усмехается. При попытке осмотреть больного, открыть ему рот оказывает сопротивление. Тонус мышц конечностей повышен. Накормить больного очень трудно. При кормлении он отворачивается, сжимает зубы. Но иногда, предоставленный самому себе, берет в руки ложку и начинает медленно есть. Неопрятен, мочится и испражняется в постель. Уход за больным труден.

Назовите синдром:

1. Депрессивный синдром — ответ на стр. 384.
2. Кататонический синдром — ответ на стр. 389.
3. Апатический синдром — ответ на стр. 388.

Н е п р а в и л ь н о. Высокая двигательная активность, эйфорическое настроение, наклонность к фантазированию у больного М. дают основание говорить об элементах маниакальности в картине заболевания. Но описанная симптоматика у данного больного значительно сложнее и выходит за рамки маниакального синдрома. У больного М. наблюдается возбуждение с чертами дурашливости, пуэрильности. Временами его поведение становится крайне нелепым, полностью лишенным той относительной целесообразности и осмысленности, которая характерна для маниакального состояния.

Сравните эту картину заболевания с состоянием больной, описанной на стр. 348, у которой наблюдалось маниакальное состояние. Затем вернитесь к стр. 389 и найдите правильное решение.

Ваш ответ может быть признан правильным лишь отчасти. Действительно, у больной Г. имеются черты апатии в картине заболевания. Они проявляются в том, что девочка довольно безразлично относится к длительному пребыванию в психиатрическом стационаре, не пытаясь даже понять причину этого. У нее не осталось прежних привычек, привязанностей. С легкостью девочка решает оставить школу, в которой она училась с 1-го класса. Понижается волевая активность. Стремление к целенаправленной деятельности сменяется бессмысленным дурашливым поведением. Это последнее свойство видоизменяет картину апатического синдрома.

Прочтите следующее описание больного с апатическим синдромом и сравните его с больной Г. Обратите внимание на разницу в их состояниях.

Больной Р., 24 года, инвалид I группы. В течение многих лет почти непрерывно находится в психиатрической больнице. В отделении совершенно пассивен, большую часть времени ничем не занят, сидит на стуле глядя в одну точку. Выражение лица тупое, безразличное, рот полуоткрыт. Иногда по приглашению других больных садится играть в шахматы. Но играет без интереса, всегда проигрывает, встает и уходит на свое место. Крайне неряшлив, не следит за своей внешностью, умывается и причесывается только по настоянию персонала отделения. На свидание с матерью выходит неохотно. Не поздоровавшись с ней, сразу же лезет в сумку, достает принесенные матерью продукты и, слегка кивнув головой, уходит в свою палату. Ест много и с жадностью, съедает все подряд — кислое, сладкое, соленое. В один из дней больной был взят на лекцию по психиатрии для демонстрации студентам. Вошел с видом полного безразличия, сел, даже не взглянув на аудиторию. На вопросы отвечает неохотно, односложно, смотрит при этом в сторону. Вот образец разговора с больным:

Профессор: Как Вы себя чувствуете? Вас что-нибудь беспокоит?

Больной: Нет, ничего. Я здоров.

Профессор: Почему же Вы находитесь в больнице?

Больной: Не знаю.. Лечение еще не закончено.

Профессор: Какое же лечение, если Вы здоровы?

Больной молчит, на вопрос не отвечает.

Профессор: Я слышал, что несколько лет тому назад Вы выпрыгнули из окна 3-го этажа, сломали себе ногу. Зачем Вы это сделали?

Больной: Так... Встряхнуться захотелось.

Профессор: Вот уже много лет Вы лежите в больнице. Вам не хотелось бы вернуться домой, заняться чем-нибудь?

Больной: Нет, не хочу. Я здесь останусь.

А теперь вернитесь к стр. 378 и дайте правильный ответ.

Н е п р а в и л ь н о. Вы обратили внимание лишь на одну особенность данного синдрома — заторможенность двигательной и речевой сферы. Подобная заторможенность встречается при одной из форм депрессии — депрессивном ступоре. Но в этом случае главным симптомом все же является снижение настроения, тоска. Она выражается во внешнем виде больного: в напряженно-тоскливом выражении лица, застывшей складке между бровями, в скорбной позе. Полное отсутствие контакта с больным при депрессивном ступоре встречается редко.

Обычно при настойчивых расспросах удается получить у больного односложный ответ, в котором также звучат его тоскливые переживания, мысли о нежелании жить. Нехарактерны здесь стереотипии, симптом «воздушной подушки», импульсивные действия, выраженные вегетативные расстройства, наблюдавшиеся у больного В.

Вернитесь к стр. 381 и, учтя сделанные замечания, дайте правильный ответ.

Н е п р а в и л ь н о. Далее Вы найдете описание больных с кататоническим возбуждением, и Вам будет понятна суть Вашей ошибки. При кататоническом возбуждении мы наблюдаем бессмысленные хаотические действия: больные хлопают в ладоши, плюются, внезапно нападают на окружающих и т. п. Характерными бывают такие симптомы, как эхолалия, эхопраксия, негативизм, стереотипные движения. Речь бессвязная, разорванная.

У больной Г. возбуждение не столь интенсивно, и на первый план выступают черты дурашливости, гиперсексуальности на фоне эмоционального безразличия. Бессмысленная дурашливость, гримасничание определяют в основном картину психических нарушений.

Вернитесь к стр. 378 и найдите правильное решение.

Н е в е р н о. Прочтите еще раз описание больной с ажитированной депрессией на стр. 354. Обратите внимание, что на первый план при этом состоянии выступает тоскливое настроение, сочетающееся с тревогой и возбуждением. Именно дистимия (тоска) и определяет все поведение больных и их высказывания (идеи самообвинения, стремление к самоубийству, нанесению себе повреждений). Всего этого нет у больной X. Настроение у нее не тоскливое, а злобное, она агрессивна не по отношению к себе самой, а по отношению к окружающим. Возбуждение носит нелепый, импульсивный характер. Разорванное мышление, эхолапия, эхопраксия — все это нехарактерно для ажитированной депрессии.

Вернитесь к стр. 3396, найдите правильный ответ и дайте его обоснование.

П р а в и л ь н о. В поведении больной сочетаются черты гебефренности (гримасничание, кривляние, пуэрилизм, несвойственная возрасту шаловливость на фоне эйфорического настроения) и черты кататонического возбуждения (злобность, нелепые, бессмысленные поступки, импульсивность).

Оценка подобных состояний довольно сложна. Некоторые авторы (П. Ф. Малкин) подчеркивают элементы насильственности в поведении таких больных: Поступки больного как бы противоречат его собственным намерениям. Так больной М. нецензурно бранится и тут же извиняется, просит связать его, так как он не в силах сдержать свои агрессивные действия. Так же, как при хорее больной не может усилием воли сдержать свои гиперкинезы, так и больной М. не может удержаться от бессмысленных поступков. Поэтому такое возбуждение называют также гиперкинетическим (Полиш).

Прочтите следующий текст и укажите название психопатологического синдрома.

Б о л ь н о й К., 23 г о д а, к о л х о з н и к. В течение многих недель почти совершенно неподвижен, лежит в постели согнувшись, колени приведены к животу. Не разговаривает, на вопросы не отвечает. Лицо анимичное, сальное, изо рта вытекает слюна. Поднятый с постели, стоит неподвижно, опустив голову. Можно придать больному любую позу, которую он затем сохраняет в течение 10-15 минут. Подолгу задерживает кал и мочу. Ест после растормаживания внутривенным введением амитал-натрия и кофеина. После еды бродит по палатам, с любопытством разглядывает больных. В это время удается вступить с больным в контакт. Он сообщает, что слышит «голоса», идущие от стены, из-под пола, которые запугивают больного, угрожают избить. На стене видятся различные образы людей и тени зверей, от батареи отопления исходят синие лучи, которые действуют на больного, вызывая головную боль. Кажется, что все его мысли известны окружающим, его «на 2 дня умертвили, а затем воскресили», спрашивает у врача «есть ли надежда на жизнь». Минут через 40-60 после введения амитал-натрия вновь наступает состояние заторможенности.

Что это такое?

1. Ступор кататонический — ответ на стр. 3396.
2. Ступор психогенный — ответ на стр. 392.
3. Ступор депрессивный — ответ на стр. 394.

Н е п р а в и л ь н о. При апатическом синдроме может быть двигательная заторможенность, доходящая до степени апатического ступора. Но проявления его отличаются от описанных у больного В. При апатическом ступоре нет мышечного оцепенения с повышением тонуса мышц. Последний, напротив, понижен. Больной крайне вял, ко всему безразличен, у него отсутствуют побуждения к деятельности. Не характерны при этом и импульсивные действия, симптом «воздушной подушки». Негативизм бывает пассивным — больной просто не выполняет требуемого действия, но активного сопротивления не оказывает. Вегетативные расстройства выражены в меньшей степени или даже отсутствуют.

Обратитесь к стр. 383, где описан больной Р. с апатическим синдромом. А затем вернитесь к стр. 381 и дайте правильный ответ.

П р а в и л ь н о. У больного имеются все признаки кататонического синдрома, проявляющегося в виде ступора с мышечным оцепенением: двигательная заторможенность с повышением тонуса мышц, мутизм, активный негативизм, симптом «воздушной подушки», стереотипные и импульсивные действия, выраженные вегетативные нарушения.

Переходите к следующему описанию.

Б о л ь н о й М., 22 г о д а, а р т и с т о п е р н о г о т е а т р а. В отделении психиатрического стационара находится в непрерывном возбуждении, кривляется, дурачится, строит рожи, громко хохочет. Залезает на подоконник, на стол и с громким воинственным криком прыгает оттуда на койки, залезает под кровать и рычит, пытаясь схватить проходящих людей за ноги. Себя называет «Тарзаном», говорит, что он изображает охотника в диком лесу и прыгает с ветки на ветку. Оставленный на минуту без присмотра, моментально что-нибудь натворит: сдернет одеяло с больного, разобьет стекло в окне, однажды отвинтил пробки от грелок и спустил их в унитаз. Временами возбуждение достигает степени неистовства. Больной становится злобным, нецензурно бранится (хоти тут же извиняется), пытается пить свою мочу, мазаться калом, нападает на окружающих. Громко кричит: «Привяжите меня, не могу, я сейчас начну окна бить!» Злобность, гневливость держатся недолго и вновь сменяются повышенным настроением.

Как Вы назовете этот синдром?

1. Маниакальное возбуждение — ответ на стр. 382.

2. Истерическое возбуждение — ответ на стр. 391.

3. Гебефрено-кататоническое возбуждение — ответ на стр. 387.

П р а в и л ь н о. У больной имеются все симптомы, характерные для кататонического возбуждения: нелепый, бессмысленный характер поступков, импульсивность (внезапно, без предварительного осмысливания нападает на больных, стучит кулаками в стену и т. п.) эхолалия, эхопраксия. Возбуждение сочетается со злобностью, стремлением к агрессии. Гиперсексуальность проявляется в грубой, элементарной форме (больная обнажается). Речь разорванная, бессмысленная.

В отличие от гебефренного возбуждения, мы не видим у больной X. дурашливой веселости, гримасничания, нелепых шуток, элементов пуэрильного поведения.

О каком синдроме идет речь в следующем случае заболевания?

Б о л ь н а я С., 25 л е т, с ч е т о в о д. В течение 3 недель пребывания в психиатрической больнице состояние было следующим. Одинока, ни с кем не общается. Целыми днями сидит в углу палаты, ни к чему не проявляет интереса, выражение лица отсутствующее, взгляд устремлен в одну точку. Временами без видимого повода начинает громко смеяться. Привлечь внимание больной удается с большим трудом. На короткое время пробуждается как от сна, дает несколько односложных ответов на вопросы, а затем вновь погружается в прежнее состояние. Удается выяснить, что больная не знает, где она находится, потеряла счет времени. Видит перед глазами людей в белой, красной одежде, которые говорят что-то непонятное. К концу 3-ей недели состояние больной значительно улучшилось. Она рассказала, что все это время жила в мире сказочных грез. Казалось, что она находится на берегу моря, волны с ревом набегают на берег. Она лезет на высокую гору, по ущелью двигаются автомашины с зажженными фарами. Вокруг — домики, похожие на китайские фанзы, люди, говорящие на китайском языке. Вот она идет по лесу, перед ней большая труба из человеческих голов. Труба превращается в змею, у нее загораются два ярких глаза. Страха при этом не испытала, но было очень интересно. Больная помнит обо всем пережитом, но все вспоминается, как сон — виденного так много, что «всего не перескажешь».

Что это такое?

1. Синдром Кандинского-Клерамбо — ответ на стр. 393.
2. Состояние оглушенности — ответ на стр. 398.
3. Онейроидный синдром — ответ на стр. 401.

Н е п р а в и л ь н о. Вас, вероятно, ввело в заблуждение то обстоятельство, что в поведении больного М. есть элементы «игры», черты пуэрильности, детской шаловливости, подчеркнутой эмоциональности. Все это в какой-то степени может напоминать истерическую симптоматику. Возможно, что в оформлении психопатологической картины у данного больного сыграли роль художественные особенности его характера, профессиональная артистичность. Но сходство здесь лишь чисто внешнее. В картине заболевания не звучит психогенная травмирующая ситуация, что всегда имеет место при истерических реакциях. Поведение больного достигает крайней степени нелепости (пьет мочу, мажется калом). Отсутствует свойственная истеричным больным болезненная ранимость, обидчивость, стремление привлечь к себе внимание, истерические припадки. Возбуждение больного стабильно и не зависит от ситуации, от проявляемого по отношению к больному внимания со стороны окружающих. В целом, поведение его следует расценивать не как невротическое, а как психотическое.

Вернитесь к стр. 389 и дайте правильный ответ.

Неправильно. Психогенный ступор — состояние сравнительно кратковременное — он длится от нескольких часов до нескольких дней и обычно сопровождается более или менее выраженным нарушением сознания. Возникает психогенный ступор в связи с шоковой психической травмой. Такие симптомы, как восковая гибкость, «воздушная подушка», негативизм, стереотипии и другие симптомы кататонического ступора для него нехарактерны. Часто больной испытывает тоску или страх, что выражается в мимике и позе больного.

Вот как описывает А. М. Свядощ психогенный ступор, возникший в условиях боевой обстановки.

Больной В., 31 год, до военной службы — учитель средней школы. В декабре 1942 года был контужен, вернулся на фронт в апреле 1943 года. 12/VIII-1943 г., на 4-й день боя неожиданно на углу улицы столкнулся с выбежавшим навстречу противником. Внезапно оцепенев, В. неподвижно застыл с винтовкой в руке. На момент остановился и его противник, затем быстро отступил назад и размахнулся прикладом автомата, чтобы ударить В. Последний все еще стоял неподвижно и не пытался ни нанести удар штыком, ни укрыться от удара. В тот момент кто-то выстрелом сразил противника. В. продолжал стоять все так же неподвижно и был очень бледен. Подбежавшие товарищи стали его тормошить, но он не реагировал. Его под руки отвели в сторону, положили в санитарную повозку и доставили на ПМП. По пути В. не реагировал ни на звуки выстрелов, ни на разрывы снарядов. По прибытии на ПМП был резко заторможен, на вопросы не отвечал, предложенных действий не выполнял, но осмотру не сопротивлялся. Мышечный тонус не повышен. Приданных поз не сохранял. В ответ на прикосновение осмысленно посмотрел на врача и вокруг себя, тихо спросил: «Где я?», повернулся на бок и уснул. Утром был в ясном сознании. Прошедшее припоминал смутно, отрывочно. Думает, что его «слегка контузило». К вечеру вернулся в строй и вскоре опять участвовал в боях (Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг., т. 26, стр. 93).

Сравните приведенное описание с картиной заболевания у больного К., вернитесь к стр. 387 и найдите правильное решение.

Н е п р а в и л ь н о. Нужно заметить, что известное сходство с синдромом Кандинского-Клерамбо в данном случае определяется обильными зрительными псевдогаллюцинациями на высоте приступа болезни. Все это время больная жила в мире ярких фантастических представлений, которые развертывались в ее голове, оттесняя мир реальных вещей. Но, в отличие от синдрома психического автоматизма, у больной С. эти зримые представления не казались ей навязанными извне, насильственно вложенными в ее голову. Не было здесь и явления открытости мыслей, моторного и сенестопатического автоматизма, бредовых идей воздействия.

Вам следует еще раз прочитать описание больной на стр. 390, подумать и найти правильное решение. Если Вы все же испытываете затруднения, то обратитесь к руководству по психиатрии и прочтите еще раз внимательно раздел, посвященный галлюцинаторно-бредовым синдромам.

Н е п р а в и л ь н о. При депрессивном ступоре мы не встречаем у больных мышечного оцепенения, восковой гибкости, активного негативизма, задержки мочеиспускания и дефекации. Вегетативные нарушения выражены нерезко, не отмечается акроцианоза, гиперсаливации. Фон настроения у больных бывает тоскливым, что выражается в их позе и мимике. Отказ от еды встречается часто, но диктуется не негативизмом, как у больного К., а депрессивно-бредовыми переживаниями («недостоен есть хлеб... Меня нужно не кормить, а убить...» и т. п.)

Прочтите следующее описание больной с депрессивным ступором, сравните его с картиной заболевания больного К., и Вам будет ясно существо вашей ошибки.

Б о л ь н а я Я., 37 л е т, р а б о т н и ц а. Поступила в психиатрический стационар в связи с суицидальной попыткой. В отделении заторможена, лежит неподвижно в постели с закрытыми глазами. Выражение лица скорбное. При обследовании указаний врача не выполняет, но активного сопротивления не оказывает. На вопросы не отвечает или дает краткие, формальные ответы: «Не знаю... не помню». Не реагирует на события, происходящие в отделении, на присутствие возбужденных больных. Кормится с принуждением; иногда приходится кормить больную искусственно, вводя пищу в желудок через зонд. На свидании с родственниками сидит молча, опустив голову, принесенные ими продукты брать отказывается. После растормаживания внутривенным введением барбамила и кофеина плачет навзрыд, просит не называть ее по имени и отчеству, так как она недостойна этого, говорит о желании умереть, просит дать ей яд. Считает, что муж, с которым она поссорилась незадолго до поступления в больницу, оскорблял ее заслуженно: «Я такая и есть, как он говорил мне».

Сравните психопатологическую симптоматику у больной Я. с картиной болезни, описанной на стр. 387. Постарайтесь понять разницу между ними и дайте правильный ответ.

Н е п р а в и л ь н о. На стр. 389 описан больной в состоянии гебефрено-кататонического возбуждения. Вспомните, что возбуждение у него характеризовалось хаотичностью, бессмысленностью, дурашливой веселостью, напоминающей детскую шаловливость. У больного В. на первый план выступают яркие галлюцинаторные переживания. Преобладают истинные зрительные галлюцинации, тогда как при гебефрено-кататоническом возбуждении характерными бывают слуховые (вербальные) истинные или, чаще, псевдогаллюцинации. У больного В. отсутствуют также кататонические симптомы, такие как негативизм, импульсивные действия, разорванность мышления с неологизмами, эхолалией и др.

Вернитесь к стр. 401 и найдите правильный ответ.

П р а в и л ь н о. У больного отмечается двигательная заторможенность (ступор) с мышечным оцепенением, симптомом восковой гибкости, мутизмом, негативизмом, выражающимся, в частности, отказом от приема пищи. Характерны эмбриональная поза больного в постели, гиперсаливация, задержка мочеиспускания и дефекации. За фасадом двигательной заторможенности имеются многочисленные галлюцинаторные переживания, отрывочные бредовые идеи нелепого характера, которые удается раскрыть лишь при растормаживании больного барбамилом. Описанная картина носит название кататонического ступора.

Переходите к чтению следующего текста.

Б о л ь н а я Х., 22 г о д а, т о к а р ь. Поступила в психиатрический стационар в состоянии сильного психомоторного возбуждения. Поминутно вскакивает с постели, кричит, плюется, стучит кулаками о стену, нападает на других больных и пытается их ударить. В постели все время крутится, то обнажается, сбрасывает с себя одежду, то натягивает себе на голову одеяло, бьет себя кулаками по голове, рвет постельное белье. Большей частью все это проделывает молча, выражение лица сумрачное, озлобленное. На вопросы то не отвечает, то начинает со злобой нецензурно браниться. Повторяет движения других людей: врач поднял руку — и больная подняла, врач хлопнул в ладоши — и больная сделала то же. Временами, наряду с двигательным возбуждением, начинает без умолку говорить, в свою речь без всякого смысла включает слова и фразы, услышанные из разговора окружающих. Вот образец речи больной: «Уберите аминазин, в постели можете курить на голодный желудок, я вам сказала, чтобы психов гнать отсюда, бросьте издеваться, я сама вам покажу, хоть вы кривые, а я косая, инъекцию галоперидола закатите на стол (услышала, как врач сказала медсестре, что больной нужно сделать инъекцию галоперидола), я вся тут перемажусь, как свинья» и т.п.

Как Вы оцените это состояние?

1. Ажитированная депрессия — ответ на стр. 386.

2. Кататоническое возбуждение — ответ на стр. 390.

Н е п р а в и л ь н о . Когда у больного отмечается вялость движения, заторможенность, бедность мимики — всегда может прийти мысль о возможности депрессии. Однако двигательная заторможенность является частым, но необязательным признаком депрессии. Основной симптом при депрессивных состояниях — снижение настроения, тоска. Но именно этого симптома нет у больного X. Его мимика, поведение, поза свидетельствуют о безразличии, об отсутствии заинтересованности в окружающем, но не о тоскливом настроении. Кроме того, для синдрома депрессии нехарактерна амнезия, наблюдавшаяся после выхода больного из болезненного состояния.

Вам следует вернуться к стр. 399, еще раз внимательно прочитать описанного больного X. и найти правильный ответ.

Н е п р а в и л ь н о. Внешний вид больной на высоте заболевания, ее отрешенность, затруднения в концентрации активного внимания, малоподвижность, нарушение ориентировки в месте и времени, действительно, могут заставить врача подумать о состоянии оглушения. Но если при последнем содержание сознания обеднено, мыслей и представлений мало, то у больной С. сознание заполнено богатым фантастическим содержанием, что обнаруживается после завершения острого периода болезни. Такое богатство образов, представлений полностью исключает предположение об оглушении сознания.

Подумайте еще раз и найдите правильный ответ на вопрос, поставленный на стр. 390.

П р а в и л ь н о. В приведенном описании не раскрываются многие признаки, характеризующие помрачение сознания, в частности, ничего не говорится о способности больного ориентироваться в месте, времени, в собственной личности. Мы не знаем также, наступила ли у больного в последующем амнезия всего пережитого в период болезни. Но все же мы можем сказать, что у больного имеется помрачение сознания в форме делирия. В пользу этого говорит обильный наплыв галлюцинаций, преимущественно зрительных. Восприятие реальных событий оттесняется яркими галлюцинаторными образами на задний план. Галлюцинации сопровождаются чувственным бредом преследования, страхом, психомоторным возбуждением. Поведение больного целиком определяется его галлюцинаторно-бредовыми переживаниями. Действительные события воспринимаются и понимаются больным нечетко, фрагментарно. Характерно также усиление галлюцинаций и возбуждения в вечернее время.

Переходите к чтению следующей выписки из истории болезни.

Б о л ь н о й Х., 35 л е т. Вял, медлителен. Предоставленный самому себе, ничем не занимается, не интересуется, лежит в постели, не обращая внимания ни на больных, ни на работников отделения больницы. Взгляд тусклый, лицо невыразительное, малоподвижное. Самостоятельно не умывается, не идет в столовую, но при настойчивых напоминаниях персонала отделения выполняет все это, не оказывает активного сопротивления. На вопросы врача отвечает с большой задержкой, односложно, с трудом понимает смысл задаваемых вопросов. Вот отрывок из записи разговора с больным.

Врач: скажите, как Вас зовут?

Больной молчит. После трехкратного повторения вопроса тихим голосом отвечает: Олег.

Врач: (слегка трясет больного за плечо) голова у Вас болит?

Больной: (после паузы) ..голова ...Нет, не болит....

Врач: давно Вы находитесь в больнице?

Больной не отвечает даже после неоднократного повторения вопроса.

Врач: Вы хотите пойти домой?

Больной: хочу...

Спустя 3 недели после поступления больного в стационар состояние его значительно улучшилось, он стал живым, общительным, охотно беседовал с врачом. О предыдущем периоде болезни у него остались смутные воспоминания.

Что это такое?

1. Депрессивный синдром — ответ на стр. 397.
2. Оглушение сознания — ответ на стр. 408.
3. Кататонический ступор — ответ на стр. 402.

Н е п р а в и л ь н о. Оглушение сознания характеризуется прежде всего маломыслием, бедностью образов и представлений, повышением порога восприятия в отношении всех внешних впечатлений. В связи с этим больной становится пассивным, внешне безучастным, отрешенным. У больного Ж., краткое описание которого дается на стр. 410, также отмечалась отрешенность, рассеянность, безразличие к происходящим вокруг него событиям. Но эта рассеянность, безучастность возникают не в результате обеднения сознания, как это бывает при оглушении, а в связи с погруженностью в мир своих внутренних переживаний. Сознание его наполнено случайными впечатлениями, воспоминаниями, эмоциональными переживаниями (чувство страха). Нет здесь и характерной для состояния оглушения пассивности, малоподвижности. Все это не позволяет оценить описанное состояние как оглушение сознания.

Вам следует обратиться еще раз к стр. 399, где дается описание больного Х., обратите внимание на указанные различия, а затем вновь вернитесь к стр. 410 и дайте правильный ответ.

П р а в и л ь н о. Описанное состояние у больной С. явно сновидное, грезоподобное. Образно говоря, это — сновидение наяву, фантастические грезы, целиком овладевающие сознанием больной. Эта отрешенность от реального мира, уход в мир фантастических внутренних переживаний отражается и в поведении больной, в выражении ее лица. Последнее нужно особенно подчеркнуть, так как выявление онейроидных переживаний в остром периоде психоза часто бывает затруднительно в связи с недоступностью больных контакту.

Выше, на стр. 373 был описан больной Г. с ориентированным онейроидом. Несмотря на наплыв грезоподобных фантастических переживаний, он не утрачивал полностью способности ориентироваться в реальной ситуации. В отличие от этого больная С. была дезориентирована в месте и времени, отрешенность от реального мира здесь полная. Такой онейроид называют истинным. Но обратите внимание на тот факт, что при глубоком нарушении сознания не возникает амнезии пережитого, и больная в состоянии описать свои переживания, имевшие место на высоте приступа болезни.

А теперь переходите к чтению следующего текста.

Б о л ь н о й В., 37 л е т, с л е с а р ь. 3 дня назад появилась непонятная тревога, беспокойство. Казалось что его комната наполнена народом, какие-то люди из-за стены кричат, угрожают убить, зовут «пойти выпить». Ночью не спал, видел, как из-под кровати ползет чудовище с рогами и сверкающими глазами, по комнате бегают серые мыши, полусобаки-полукошки, слышал стук в окно, крики о помощи. В чрезвычайном страхе выбежал из дома и бросился а отделение милиции, спасаясь от «преследования». Оттуда и был доставлен в психиатрическую больницу. В отделении возбужден, особенно в вечернее время, рвется к дверям, к окнам. При беседе внимание на теме разговора сосредоточивает с трудом, дрожит, с тревогой осматривается по сторонам. Внезапно начинает стряхивать с себя что-то, говорит, что стряхивает ползающих по нему насекомых, видит перед собой «кривляющиеся рожи», показывает на них пальцем; громко смеется.

Что это такое?

1. Гебефрено-кататоническое возбуждение — ответ на стр. 395.
2. Онейроидный синдром — ответ на стр. 403.
3. Делирий — ответ на стр. 399.

Н е п р а в и л ь н о. Описанное состояние у больного X. отличается от ступора с мышечным оцепенением отсутствием повышения тонуса мышц, негативизма, стереотипных действий, симптома восковидной гибкости и других проявлений кататонического ступора. Значительно большее сходство имеет место в данном случае с картиной кататонического акинетического состояния (апатический ступор). При последнем мы также наблюдаем бездеятельность и безучастность больного, амимию, полный или частичный мутизм. Однако у больного X., в отличие от больных с апатическим ступором, обнаруживается помрачение сознания, повышение порога восприятия по отношению к внешним раздражениям, расстройство осмысления, что нехарактерно для акинетических кататонических состояний. Все же, не зная анамнеза болезни, дифференцировать акинетическое кататоническое состояние от наблюдавшейся у больного X. картины заболевания бывает затруднительно. В этом отношении нам помогает наблюдение за развитием болезни. Болезненное состояние у X. оказывается нестойким, а острый период болезни им почти полностью амнезируется. Этот факт позволяет нам полностью исключить предположение об апатическом ступоре.

Вернитесь еще раз к описанию больного X. на стр. 399 и найдите правильное решение.

Неправильно. Онейроид — это сновидное помрачение сознания с обильными фантастическими зрительными псевдогаллюцинациями, носящими характер образных представлений. Так же, как и при сновидении у здорового человека, при онейроидном расстройстве сознания больной чувствует себя участником кажущихся событий. Погруженный в мир фантастических переживаний, больной в онейроидном состоянии редко бывает возбужден; гораздо чаще он бывает заторможен, молчалив, одинок.

В отличие от этого, больной В. возбужден, полон страха, пытается спастись от мнимого преследования. Зрительные галлюцинации у него «страшные», пугающие, но они сравнительно просты, возникают на фоне реального восприятия окружающей обстановки. Здесь нет характерной для онейроида смены грезоподобных сценических образов, развертывающихся в сознании больного. Больной В. испытывает галлюцинаторные переживания, но он не чувствует себя непосредственным участником происходящих событий, он скорее зритель, но зритель волнующийся, верящий в реальность всего происходящего на сцене.

Сравните картину заболевания у больного В. с картиной онейроидного синдрома.

Больной Г., 45 лет. В течение 2 недель пребывания в больнице мало доступен контакту, одинок. Бродит по палатам, ко всему приглядываясь с видом удивления, или сидит, устремив взгляд в одну точку, безучастный к происходящим вокруг него событиям и к людям. Иногда чему-то улыбается. После растормаживания внутривенным введением раствора амитал-натрия оживился, рассказал врачу, что чувствовал себя все время находящимся в удивительном мире, полном причудливых и увлекательных событий. Временами он узнавал обстановку отделения, в котором неоднократно находился при предыдущих поступлениях в больницу. Но она казалась изменившейся, фантастичной. Цветы на окнах представлялись марсианскими растениями, от стен исходили лучи, переливающиеся разными цветами. Люди казались находящимися в состоянии странной неподвижности, их лица напоминали маски. Больной «представлял» себя в кабине космического корабля, летящего на Луну. В голове у него как бы создавались образы чужих планет, он видел их причудливые очертания, залитые ярко-оранжевым светом. Окружающих его людей принимал за космонавтов. Они переговаривались между собой на каком-то непонятном языке, но больной тем не менее их понимал. Эффект растормаживания длился около 40 минут. Затем восстановилось прежнее состояние больного.

Теперь Вам, вероятно, ясна разница между описанным состоянием у больного В. и онейроидным синдромом. Вернитесь к стр. 401 и найдите правильное решение.

Н е п р а в и л ь н о. Во-первых, возбуждение у больной С. развивается на фоне выраженной астении; последняя временами выступает на первый план в картине заболевания и выражается состоянием полного бессилия, прострации с неспособностью сосредоточить свое внимание, понять смысл происходящих вокруг нее событий. Во-вторых, состояние у больной С. крайне изменчиво, оно меняется буквально на глазах в течение дня. В-третьих, возбуждение сопровождается бурными аффективными проявлениями: аффекты тоски, злобности, восторга калейдоскопически сменяют друг друга. Наконец, в те короткие моменты, когда с больной удается установить контакт, выясняется, что она неспособна ориентироваться ни в месте и времени, ни в своей личности. Все эти особенности нехарактерны для кататонического возбуждения, хотя дифференциация последнего с состояниями, подобными наблюдавшемуся у больной С., бывает довольно затруднительной. Все же попытайтесь найти существенные различия его с описанной ниже картиной кататонического возбуждения.

Б о л ь н о й Р., 19 л е т. Длительное время находился в стационаре в состоянии кататонического ступора. Затем внезапно пришел в сильное возбуждение. Сбрасывает с себя одежду, белье, обмотал голову полотенцем. Выражение лица хмурое, на окружающих обращает мало внимания. Все время крутит головой, причудливо изгибается, хлопает себя ладонями по груди, плюет на соседа. Все это больной проделывает молча, не произнося ни слова. Привлечь внимание больного почти не удается. При попытке одеть его, накормить со злобой отталкивает от себя санитаров. Однако принесенную ему пищу съел с жадностью, предварительно перемешав компот с мясным блюдом. Купировать возбуждение удалось лишь внутривенным введением аминазина.

А теперь вернитесь к стр. 408, подумайте и найдите правильное решение.

П р а в и л ь н о. Описанное состояние у больного Ш. отвечает всем основным признакам сумеречного расстройства сознания. Оно начинается внезапно, длится недолго, заканчивается критически с последующей полной амнезией всего периода помрачения сознания. О переживаниях больного в этот период можно догадываться лишь по его поведению. Последнее свидетельствует о том, что расстройство сознания сочеталось с ярким чувственным бредом, возможно, наплывом галлюцинаций. Все это сопровождалось сильнейшим аффектом гнева, ярости и бессмысленными агрессивными действиями. Наличие галлюцинаторно-бредовых переживаний и психомоторного возбуждения отличают этот тип сумеречного состояния сознания от амбулаторного транса, описанного на стр. 410.

Ниже приводится краткая выписка из амбулаторной карты больного, который в течение многих лет состоит на учете в психоневрологическом диспансере. Начало своего заболевания он связывает с контузией головного мозга, полученной на фронте в годы Великой Отечественной войны. Как Вы назовете такое состояние?

Б о л ь н о й А., 54 г о д а, р а б о ч и й. Жалуется на частые головные боли давящего характера, слабость, быструю утомляемость, раздражительность. Дома нетерпим. В каждом слове жены видит обидный для себя намек, проявление неуважительного к себе отношения, шумная возня детей вызывает реакцию крайнего раздражения. Однажды устроил скандал в трамвае из-за того, что его несколько раз подряд попросили передать деньги на билет, грубо ругался, замахивался на пассажиров. Был доставлен в отделение милиции, где плакал навзрыд, просил прощения. На приеме в диспансере настроение у больного подавленное, волнуется, на глазах слезы, лицо покрывается красными пятнами. Отлично понимает болезненный характер своей неуравновешенности, жалеет жену и детей, просит помочь ему, назначить какое-нибудь успокаивающее средство. При специальных расспросах удалось выяснить, что при ходьбе больной нередко ощущает «покачивание» пола под ногами; при этом возникает впечатление, что сам он становится необычно легким, ноги как ватные. Лежа в постели, несколько раз чувствовал, будто бы он вместе с кроватью качается, «как на волнах», поднимается вверх или же потолок опускается на него. Несколько раз возникало ложное ощущение, что ноги у него становятся очень длинными. Рассматривал их, щупал — все было в порядке, но ощущение удлинения конечности не исчезало. Однажды в связи с этим даже не рассчитал свои возможности и пытался перешагнуть большую лужу, но попал в воду. Отмечает у себя тревожный сон с кошмарными сновидениями. Несколько раз в полутемной комнате вечером видел у себя перед глазами маленьких пляшущих человечков — наподобие представления в кукольном театре. Страха при этом не испытывал, было даже интересно — все это воспринимал словно бы «игру воображения». В темной комнате иногда кажется, что мимо него бесшумно проходит человеческая тень.

Что это такое?

1. Астенический синдром — ответ на стр. 412.

2. Ипохондрический синдром — ответ на стр. 414.

3. Психоорганический (энцефалопатический) синдром — ответ на стр. 417.

Н е п р а в и л ь н о. При состояниях, подобных наблюдавшемуся у больной С., дифференциация с истерическим возбуждением иногда бывает довольно сложной. Обратите внимание в приведенном описании на эмоциональную насыщенность всех переживаний и поведения больной, страстные позы, внезапные смены настроения. В отдельных, отрывочных высказываниях больной звучат выражения, которые могут быть поняты как ситуационные (воспоминание о ребенке — «крошке», имя мужа больной). Состояние глубокого бессилия может быть расценено как проявление крайне эмоционального, театрального поведения, истерической «игры». Но при ближайшем рассмотрении мы все же можем отграничить описанный синдром от истерического. Во-первых, нужно учесть глубокое нарушение сознания у больной С., что проявляется в полной неспособности ориентироваться во времени, месте, собственной личности. Больная представляется отрешенной от событий окружающего мира, тогда как при истерическом возбуждении эта связь полностью никогда не исчезает, больные продолжают чутко реагировать на происходящие вокруг них события, на отношение других людей к их поведению. Во-вторых, обращает на себя внимание грубое нарушение синтетической функции мышления; речь больной инкогеррентна, бессвязна, порой лишена даже эмоционального содержания. Наконец, нужно учесть наличие выраженных галлюцинаторных переживаний у нашей больной, что не в такой степени характерно для истерического возбуждения.

Однако для окончательного решения вопроса необходимо более или менее продолжительное наблюдение. В приведенном описании дается лишь «моментальная фотография» состояния больной, по которой не всегда с достаточной убедительностью можно бывает диагностировать синдром. Если в дальнейшем грубое расстройство сознания будет стойко сохраняться на протяжении длительного времени, то это будет свидетельствовать против предположения об истерическом характере возбуждения.

Вам следует вернуться к стр. 408 и найти более обоснованный вариант решения.

Неправильно. Сходство описанного состояния с онейроидным синдромом заключается лишь в том, что здесь имеется уход в мир своих внутренних переживаний и отрешенность от всего, что происходит вокруг. У больного Ж. сознание наполнено случайными отрывочными воспоминаниями, впечатлениями, чувствами, не объединенными единой фабулой. В отличие от этого, при онейроидном синдроме больной погружен в мир сновидных фантастических образов и представлений. Подобно псевдогаллюцинациям, эти образы навязываются больному, помимо его воли овладевают его сознанием. У описанного больного Ж. нет таких фантастических псевдогаллюцинаторных представлений. Кроме того, он выглядел рассеянным, но поведение его в целом оставалось внешне довольно упорядоченным, хотя и было лишено смысла. Больные же, находящиеся в онейроидном состоянии, бывают заторможены или возбуждены, поведение их даже с внешней стороны не представляется целенаправленным или осмысленным. Прочтите следующий текст, где в краткой форме описывается поведение больного с истинным онейроидом (онейроидный ступор).

Больной Б., 22 года, солдат. В отделении психиатрической больницы часами неподвижно сидит или лежит в застывшей позе с закрытыми глазами. На обращение к нему не реагирует, при соматическом обследовании оказывает сопротивление. Подолгу задерживает мочеиспускание и дефекацию, кормится с рук персонала отделения. Временами внезапно возбуждается, вскакивает с постели, хватает других больных за ноги, кусает себе руки до крови, а затем прикладывает ее к батарее отопления: «Это моя кровь, что хочу, то и делаю!» Громко кричит: «Подъем, ребята, все в столовую!», поет, делает гимнастические упражнения. Временами больной выходит из своей палаты медленно, устремив взгляд куда-то в пространство, идет по коридору. Позой, походкой, выражением лица он напоминает человека в сомнамбулической стадии гипноза. Это сходство тем более разительно, что больного в этот момент можно заставить выполнить любые внушенные действия. Так если врач внушает больному, что тот якобы сидит за столом и перед ним обеденный прибор — больной берет воображаемую ложку и начинает «есть». В ответ на слова врача о том, что комната наполнена водой, вода затопляет помещение, больной начинает совершать плавательные движения. После внутривенного введения амитал-натрия больной на короткое время выходит из состояния заторможенности, отвечает на простые вопросы, жалуется на боль в груди, голове, в растерянности осматривается по сторонам, спрашивает где он, как сюда попал.

Вам, вероятно, теперь ясно отличие в поведении больного в приведенном описании от поведения больных, находящихся в онейроидном состоянии. Вернитесь к стр. 410, подумайте еще раз и найдите правильное решение задачи.

Правильно. У больного Х. имеется помрачение сознания в форме оглушения. Характерно то, что слабые раздражители (вопросы, задаваемые тихим голосом, не относящиеся непосредственно к больному события в отделении и др.) не доходят до его сознания. Получить у него адекватную реакцию можно лишь только применив более сильный раздражитель: нужно повторить несколько раз вопрос громким голосом, потрясти больного за плечо. Внешний вид больного также соответствует наблюдающемуся при оглушении сознания — он пассивен, выражение лица тупое, малоосмысленное, мимика бедная. Наконец, амнезия острого периода болезни, обнаружившаяся у больного после улучшения его состояния, подтверждает факт помрачения сознания.

А теперь прочитайте описание следующего больного и дайте правильный ответ.

Больная С., 40 лет, работница завода. Поступила в психиатрическую больницу вскоре после родов. Выглядит бледной, истощенной, губы сухие, запекшиеся. Психическое состояние крайне изменчиво. Временами больная возбуждена, мечется в постели, срывает с себя белье, принимает страстные позы. Выражение лица тревожное, растерянное, внимание фиксируется на случайных предметах. Речь больной бессвязна: «Вы отняли у меня крошку.. Стыдно... Вы думаете с Ваней жить, а нужно с богом.... Я черт, а не бог... Вы все с ума сойдете.. У меня торможение... Аминазин, а потом в магазин ..» и т. д. Из отдельных отрывочных высказываний можно понять, что больная слышит голоса родственников, идущие откуда-то снизу, крики и плач детей. Настроение ее то глубоко угнетенное, то восторженно-эйфорическое. Вместе с тем, легко озлобляется, угрожает выколоть глаза. Состояние возбуждения неожиданно сменяется глубокой прострацией. Больная умолкает, бессильно опускает голову на подушку, с тоской и растерянностью осматривается по сторонам. В это время удается вступить с больной в контакт, получить ответ на простые вопросы. При этом оказывается, что больная не знает, где она находится, не может назвать текущую дату, месяц, путает время года, не может дать почти никаких сведений о себе и о своей семье. При кратковременной беседе быстро истощается и перестает отвечать на вопросы.

Что это такое?

1. Кататоническое возбуждение — ответ на стр. 404.
2. Аментивный синдром — ответ на стр. 410.
3. Истерическое возбуждение — ответ на стр. 406.

Правильно. Описанное состояние у больного Ж. представляет собой один из вариантов сумеречного расстройства сознания — амбулаторный транс. Действия больного, внешне довольно упорядоченные, по существу, выходят из-под контроля сознания, становятся бесцельными, бессмысленными, автоматическими. Внимание его охватывает лишь узкий круг случайных предметов и впечатлений из внешнего мира. Все же остальное проходит мимо больного или воспринимается им смутно, фрагментарно, «как в сумерках». Отсюда происходит и название данного синдрома. Вместе с тем, все психические процессы эмоционально ярко окрашены (непонятное чувство страха). Сумеречное состояние сознания возникает неожиданно, внезапно и длится обычно от нескольких часов до нескольких дней. Весь период его амнезируется полностью или частично — как это и наблюдалось у описанного больного.

Переходите к чтению следующего текста.

Больной Ш., 36 лет, работник милиции. Был доставлен в судебно-психиатрическое отделение больницы из камеры предварительного заключения. Всегда был исполнительным, трудолюбивым и дисциплинированным человеком. Однажды утром, как обычно, собрался на работу, взял оружие, но вдруг с отчаянным криком: «Бей фашистов!» выбежал на улицу. Соседи видели, как он с пистолетом в руках, продолжая что-то кричать, бежал вдоль квартала, Тут же раздались выстрелы. Обеспокоенные случившимся соседи вызвали наряд милиции. Больной был задержан в соседнем квартале, при этом оказал бурное сопротивление. Был он возбужден, бледен, продолжал выкрикивать угрозы в адрес «фашистов» Недалеко от него на земле лежали трое раненых — случайных прохожих. Спустя примерно час больной очнулся в отделении милиции. Он долго не мог поверить, что им совершено тяжкое преступление. Он помнил, что был дома, но последующие события полностью выпали из памяти больного. Убедившись в реальности произошедших событий, он дал реакцию глубокого отчаяния, упрекал себя в содеянном, пытался покончить жизнь самоубийством.

Что это за состояние было у больного?

1. Сумеречное состояние сознания — ответ на стр. 405.
2. Делирий — ответ на стр. 411.

П р а в и л ь н о. У больной наблюдается аментивный синдром. Он характеризуется помрачением сознания с нарушением способности ориентироваться в месте, времени и собственной личности. На фоне нарушенного сознания возникает беспорядочное возбуждение. Речь больной также бессвязна (инкогеррентна). Столь же отрывочны и бессистемны галлюцинаторные переживания больной. Однако, несмотря на хаотичность и разрозненность внутренних переживаний, поступков и речи, они постоянно насыщены эмоциями, которые калейдоскопически сменяют друг друга. Внимание больной пассивно привлекается на миг случайными предметами, но связать их воедино, а, следовательно, и разобраться в окружающей ситуации, понять свое отношение к ней больная не может. Вся эта симптоматика развертывается на фоне тяжелой психической и физической слабости, астении.

Поскольку Вы сумели правильно ответить на поставленный вопрос, переходите к чтению следующего текста.

Б о л ь н о й Ж., 19 л е т, у ч а щ и й с я т е х н и к у м а. С 10-летнего возраста страдает эпилептическими припадками. Однажды утром отправился на прием к врачу в психоневрологический диспансер и исчез. Несмотря на организованные поиски, обнаружить больного нигде не удалось. Спустя три дня Ж. вернулся домой. Он был оборванным, замерзшим, без пальто. Вел себя странно: не говорил ни слова, не отвечал на вопросы, все время смотрел в потолок. Ночью совсем не спал. На следующий день стал разговаривать, узнавал своих родственников. Постепенно состояние улучшилось, и Ж. рассказал следующее: «Помню, как пошел в диспансер за лекарствами. Потом не помню ничего до тех пор, пока не почувствовал под ногами железнодорожные рельсы. Помню, что проходил мимо какой-то будки, все время повторял про себя: до Казани 10 километров, 10 километров. После этого опять ничего не помню. Пришел в себя где-то около Казани. Я сидел у речки под мостом и мыл ноги, которые почему-то были красными и горели. Я чего-то сильно боялся. Думал: скоро приду домой и расскажу все родителям. Потом опять ничего не помню». Знакомые рассказали родителям, что видели Ж. через день после его исчезновения из дома на берегу лесного озера километров за 30 от города. Ж. показался им несколько странным, задумчивым, в ответ на приветствие знакомых рассеянно кивнул им и пошел дальше.

Как Вы назовете описанное состояние?

1. Оглушение сознания — ответ на стр. 400.
2. Онейроидный синдром — ответ на стр. 407.
3. Сумеречное состояние сознания — ответ на стр. 409.

Неправильно. Известное сходство с делириозным синдромом здесь имеется. Во-первых, несомненна связь патологических переживаний и поведения больного с помрачением сознания. Во-вторых, налицо бурное психомоторное возбуждение, связанное с ярким чувственным бредом и, возможно, с наплывом галлюцинаций. Нужно отметить также преходящий характер психических расстройств. Однако в отличие от делирия, психотическое состояние возникает внезапно, на фоне полного здоровья; развитию же делирия всегда предшествует более или менее длительный продромальный период болезни, когда возникают нарушения сна, гипнагогические галлюцинации, колебания, настроения, астенические проявления и пр. Далее, выход из психотического состояния у больного Ш. критический, причем весь период нарушенного сознания полностью амнезируется. У больного, перенесшего делирий, сохраняется хотя бы частично воспоминание о пережитом во время болезни, так же как и о своем собственном поведении в этот период времени. Все указанные признаки не позволяют расценить психические нарушения у больного Ш. как проявление делирия.

Чтобы это было Вам яснее, прочтите следующее описание делириозного помрачения сознания, сравните его с состоянием у больного Ш., а затем вновь обратитесь к стр. 409 и найдите правильное решение. Дайте его обоснование.

Больная Ю., 15 лет, ученица 9 класса. Переведена в психиатрическую клинику из терапевтической больницы, где она находилась на лечении по поводу тяжелой фолликулярной ангины. В течение 3 дней почти не спала, жаловалась на сильную слабость, головную боль. Настроение было изменчивым — то беспричинно тревожным, то необычно приподнятым. Последняя ночь в терапевтическом стационаре прошла беспокойно. Девочка не спала, испытывала страх, казалось, будто бы от электрической лампочки исходят разноцветные спирали, «вкручивающиеся ей в голову». Но в темноте страх еще более усиливался. Казалось, что за дверью раздаются неясные угрожающие голоса, дверь выламывают, за ней видится мелькание фонарей, толпа народа. В ужасе девочка вскочила с кровати, пыталась открыть окно и выпрыгнуть на улицу. К утру под влиянием введенных нейролептических и снотворных средств больная уснула. После она чувствовала себя разбитой, большая часть пережитого в течение ночи сохранилась в памяти девочки.

Н е п р а в и л ь н о. Сказать точнее, астенические симптомы (слабость, повышенная утомляемость, эмоциональная лабильность) входят в описанный синдром, но далеко его не исчерпывают. Наряду с ними имеют место разнообразные вестибулярные и оптико-пространственные нарушения, расстройства схемы тела, своеобразные зрительные галлюцинации, о которых речь будет идти ниже. Данный синдром оказывается значительно сложнее, многообразнее по своим проявлениям и количеству входящих в его состав элементов. Постарайтесь дать более точное обозначение описанному состоянию, выбрав другой ответ из числа указанных на стр. 405.

П р а в и л ь н о. Речь идет о тотальном слабоумии (деменция) с глубоким изменением всех сторон личности больного. Резко расстраивается память, нарушается способность к элементарному счету, критика к своему состоянию практически отсутствует. Интересы больного до крайности сужены и ограничиваются, в основном, лишь удовлетворением простых биологических потребностей. Утрачена тонкость и дифференцированность эмоциональных реакций, эмоции упрощены, грубы, отсутствует элементарная деликатность, чувство такта. Постоянный оттенок недоброжелательности, эгоистическая направленность интересов в сочетании с нарушением памяти приводят к формированию нестойких и нелепых бредовых идей ограбления. Последний симптом особенно часто возникает у лиц старческого возраста.

Прочтите теперь описание следующего больного, сравните его с больным Г. и дайте ответ на поставленный вопрос.

Б о л ь н о й З., 68 л е т, к о л х о з н и к. В течение нескольких недель находится на лечении в психиатрической больнице. Жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеется помутнение роговой оболочки. Других жалоб не предъявляет. В отделении спокоен, подсаживается к больным пожилого возраста, о чем-то беседует с ними. В обращении с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько слащав. Приветливо здоровается, но встретив врача спустя несколько минут, приветствует его вновь. Часто приоткрывает дверь в кабинет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист, а через 5 минут опять спрашивает о том же. Числа, месяца и года назвать не может. Видя вокруг себя людей в белых халатах, догадывается, что его положили в больницу, но в какую — не помнит. Рассказывает, что только вчера приехал из деревни. — «Вот лошадь-то во дворе привязал! Сейчас ходил, сена ей задал!» Вернувшись после консультации в кабинете профессора, всем рассказывал с убежденностью, что профессор угощал его шампанским; сердился, когда ему говорили, что этого не было. Любит поговорить о днях своей молодости. Помнит события школьных лет, правильно воспроизводит эпизоды Гражданской войны, в которой больной принимал участие. Перечисляет своих детей, называет их имена, но внуков путает — то утверждает, что их у него вообще нет, то называет несколько имен, но всякий раз разных.

Как Вы назовете такой синдром?

1. Тотальное слабоумие — ответ на стр. 416.

2. Корсаковский амнестический синдром — ответ на стр. 418.

Н е п р а в и л ь н о. Казалось бы, нет больших оснований дифференцировать описанное состояние с ипохондрическим синдромом. Но на практике иногда встречаются случаи, когда подобных больных относят к категории «ипохондриков». Причина, видимо, заключается в следующем. Наряду с широко известными и часто встречающимися при самых различных заболеваниях астеническими проявлениями (слабость, эмоциональная лабильность, раздражительность), у больного имеется ряд симптомов, менее знакомых врачам. Сюда относятся своеобразные зрительные галлюцинации, о которых сам больной говорит, что они напоминают «игру воображения», ощущение изменения величины или формы частей своего тела, чувство необычной легкости и т. п. Эти болезненные расстройства не всегда обнаруживаются при обследовании больного. Они менее тягостны, не отражаются на трудоспособности — поэтому больные часто не сообщают о них врачу. Выявляются они обычно лишь при специальном расспросе. Но иногда эти симптомы находят отражение в жалобах больного или даже выступают на первый план. Своеобразие их выражения, отличие от других болезненных ощущений, с которыми обычно приходится встречаться врачам различных специальностей, может создать ложное впечатление о нереальности, надуманности жалоб больного в связи с его уходом в болезнь, ипохондричностью или даже желанием добиться для себя каких-то «выгод». Такие ошибки встречаются нечасто, но они очень неприятны.

Вернитесь к стр. 405, найдите правильное обозначение синдрома и назовите все входящие в него симптомы.

Ваш ответ не совсем верен. У больного Г. имеются грубые нарушения памяти. В приведенной выписке нет подробных данных о характере этого нарушения, но можно предполагать, что оно подчиняется общей закономерности — память на текущие события нарушается раньше и глубже, чем на события давно прошедшие. Поэтому предположение о патологии памяти по типу синдрома Корсакова здесь вполне оправдано. Но дело в том, что болезненное состояние у Г. далеко не исчерпывается расстройством памяти. Мы видим грубые изменения и в его поведении, и в сфере мышления, интеллекта, и в сфере эмоций.

Подумайте над ответом еще раз, дайте обоснование Вашему заключению о состоянии больного, описанного на стр. 417.

Н е п р а в и л ь н о. Слабоумие у больного действительно имеется, но оно значительно отличается от состояния слабоумия у больного Г., описанного на стр. 417. У З., несмотря на его психическую беспомощность, сохраняются прежние, привычные формы поведения: тонкость обращения, деликатность. Не утрачивается и стремление к контакту с людьми, среди которых больной привычно отдает предпочтение своим сверстникам. Эмоциональные реакции сохраняют свою адекватность и дифференцированность. Слабоумие больного определяется не столько слабостью суждений, умозаключений, сколько грубым расстройством памяти. О таком слабоумии говорят как о парциальном, дисмнестическом (в отличие от тотального, при котором поражаются все стороны психической деятельности человека).

Вернитесь к стр. 413, найдите правильное решение задачи и дайте его обоснование.

П р а в и л ь н о. Описанный синдром сложен, он включает много различных элементов-симптомов. Для того, чтобы полно охарактеризовать описанное состояние, нужно обратить особое внимание на симптомы, присутствие которых с большой степенью вероятности указывает на органический характер поражения центральной нервной системы. Сюда относятся вестибулярные симптомы, нарушение восприятия пространства — оптико-вестибулярные расстройства («покачивание» пола под ногами, потолок опускается, больной чувствует себя легким, он словно парит в пространстве — все эти симптомы напоминают ощущения людей в состоянии невесомости). Сюда же относятся нарушения схемы тела (ноги «удлиняются»), встречающиеся чаще всего при поражении коры правой теменной доли и диэнцефальной области (М. О. Гуревич). Наконец, своеобразные зрительные галлюцинации, возникающие в затемненном помещении и напоминающие «игру воображения», встречаются при поражении ретикулярной формации головного мозга (педункулярный галлюциноз Лермитта). Все эти симптомы, сочетаясь, образуют психоорганический синдром. В некоторых руководствах (А. А. Портнов и Д. Д. Федотов) Вы найдете другое обозначение — энцефалопатический синдром. Прочтите следующий текст.

Б о л ь н о й Г., 78 л е т, п е н с и о н е р. В течение 2 месяцев находится в психиатрической клинике. Требует за собой постоянного ухода. Сам не может найти свою палату, садится на чужие койки, при еде неряшлив, неопрятен. Временами бывает благодушен, смеется, глядя на других больных. Но чаще — раздражителен, гневлив, ругается, замахивается на санитарок, медсестер. За время пребывания в больнице не смог запомнить ни своего врача, ни соседей по палате. Приходящих к нему на свидание родственников также не узнает, не хочет разговаривать с ними, цинично бранится и уходит из гостиной, забрав с собой принесенные продукты. Иногда больной становится тревожным, что-то ищет под кроватью, связывает постельное белье в узел и садится на него. Со злобой отталкивает от себя врача, заявляет, что все кругом воры, разбойники, он только что снял с себя шубу, а ее украли. Требует, чтобы позвали «полицию», возбуждается, кричит: «Караул!» Однажды больной был продемонстрирован на лекции студентам. Вот отрывок из записи разговора с ним.

— Иван Тимофеевич, сколько Вам лет?

— 40, или, может быть, 30.

— Так Вы еще молодой человек?

— Какой я тебе молодой, отстань, все вы воры, жулики!...

— А какой сейчас у нас год?

— Наверное, 1908-й...

— Сколько будет, если к 12 прибавить 8?

— Наверное, 10.

— Иван Тимофеевич, а где Вы сейчас находитесь?

— Я дома, у себя в избе.

— Как Вас здесь кормят?

— Какое кормят! Трое суток не ел. Весь хлеб украли. Вот только сейчас под лавку положил!..

Что это за состояние?

1. Деменция — ответ на стр. 413.

2. Корсаковский амнестический синдром — ответ на стр. 415.

Правильно. У больного З. имеются все признаки Корсаковского амнестического синдрома. Он, прежде всего, проявляется в нарушении запоминания (фиксационная амнезия). В связи с этим текущие события, происходившие после начала заболевания, оказываются забытыми или помнятся очень плохо, отсутствует способность к усвоению нового. Наряду с этим, события прошлого вспоминаются значительно лучше. В связи с нарушением запоминания больной путает события во времени (псевдореминисценции) или заполняет пробелы памяти фантастическими вымыслами (конфабуляции). Все эти расстройства имеют место у больного З. Грубая патология памяти обусловливает психическую беспомощность больного. Он дезориентирован во времени, не знает, в какой больнице находится (амнестическая дезориентировка), его поведение становится неправильным, затрудняющим его адаптацию в коллективе. Все это позволяет говорить о состоянии слабоумия. Но этот вид слабоумия значительно отличается от того, с которым Вы познакомились на стр. 417. Прочтите последнее описание и дайте ответ на поставленные вопросы.

Больной Л., 15 лет. Низкого роста, телосложение диспластичное. Голова маленькая, со скошенным затылком, разрез глаз косой, нос короткий, с уплощенной переносицей. Мимика бедная, рот постоянно полуоткрыт. В отделении несколько вял, с больными общается мало, застенчив. Старается держаться поближе к врачу, к медсестре, ласкается к ним и сердится, когда они проявляют внимание к другим больным. Удается привлечь больного к выполнению несложных поручений (уборка помещения, раздача пищи). Но при этом сам он инициативы не проявляет, нуждается в постоянных указаниях, что и как сделать. В беседу вступает охотно. Речь односложная, словарный запас беден, многие слова произносит неправильно. Не умеет ни читать, ни писать, знает лишь отдельные буквы. Ниже приводится отрывок из записи беседы врача с больным Л.

— Как тебя зовут?
— Саша.
— Сколько тебе лет?
— Три...
— В каком городе ты живешь?
— На Казанке.
— Разве это город?
— Город...
— Какие города ты еще знаешь?
— Еще Ленинский район....
— А как называется самый большой город в нашей стране, наша столица?
— (Больной молчит, не может ответить на вопрос).
— Скажи мне, для чего нужна эта вещь (врач показывает больному телефонный аппарат)?
— Брать трубку и говорить «Алло-алло!»
— А для чего же все это делают?
— (Больной ответить на вопрос не может).
— Ты можешь объяснить, чем отличается корова от лошади?
— Корова с рогами, а лошадь с ушами.

Как Вы назовете описанное состояние?

1. Приобретенное слабоумие (деменция) — ответ на стр. 419.
2. Врожденное слабоумие (олигофрения) — ответ на стр. 420.

Н е п р а в и л ь н о. Термином «деменция» обозначают состояние приобретенного слабоумия, когда в связи с психическим заболеванием у больного наступает снижение умственных способностей, ранее достаточно хорошо развитых. При этом утрачивается способность к образованию новых суждений, умозаключений, снижается память. Однако сохраняются достаточно развитая речь с более или менее обширным словарным запасом, остатки прежних профессиональных знаний, хотя возможности их использования в практической деятельности падают. У больного Л., наряду со снижением мыслительных способностей, мы видим недоразвитие речи, отсутствие навыков чтения, письма, элементарного счета, крайнюю бедность запаса знаний. Все это ставит под сомнение правильность Вашего заключения о приобретенном характере слабоумия.

Чтобы Вы яснее представили себе состояние приобретенного слабоумия (деменции), прочтите следующее описание больного, у которого наблюдался этот синдром.

Б о л ь н о й Х., 26 л е т, и н в а л и д II г р у п п ы. С детства страдает судорожными припадками. В отделении психиатрической больницы держится с подчеркнутым достоинством, с больными разговаривает высокомерно. При появлении врача тут же подходит к нему и, отозвав в сторону, «по секрету» сообщает, что больные в курительной комнате смеялись и говорили «нехорошие слова» или что ночью у него был «припадочек». Интересы больного ограничены узким кругом бытовых мелочей. Тщательно следит за своими физиологическими отправлениями. Однажды, решив показать врачу, что цвет его кала изменился, с кусочком экскрементов в руке пришел в ординаторскую. О себе говорит как о человеке выдающемся, украшает грудь «орденами», вырезанными из бумаги. Написал стихи такого содержания:

«В доме номер двести два
Слышу странные слова,
Здесь больные хулиганы
И накурят вдруг туманы.
И я этих дураков
Любить вовсе не готов» и т. п.

Уверен, что стихи могут опубликовать в газете или в журнале. Речь больного крайне вязка, обстоятельна, насыщена массой ненужных подробностей. Не может передать содержание рассказа, не улавливая смысла прочитанного Не может объяснить переносный смысл пословиц и поговорок. Пословицу «не плюй в колодец — пригодится воды напиться» объясняет следующим образом: «Плевать в колодец нехорошо. Он плюнул, а я буду потом воду пить». Выражение «золотая голова» — понимает так: «Голова из золота».

А теперь вернитесь к стр. 418 и найдите правильное решение задачи.

П р а в и л ь н о. У больного имеется врожденное слабоумие (олигофрения). В пользу этого говорит недоразвитие речи, бедность словарного запаса, отсутствие элементарных сведений, которыми располагают даже дети дошкольного возраста. Название реки, города и городского района для больного — однозначные понятия. Разграничивая сходные понятия (два вида домашних животных), он указывает на несущественные признаки, не позволяющие установить различие («лошадь с ушами»). Расстройства осмысления проявляются и в том, что больной не понимает истинного назначения знакомых ему предметов (телефонный аппарат нужен для того, чтобы «брать трубку и говорить "Алло-алло"»). Обращает на себя внимание и тот факт, что поведение больного напоминает поведение маленького ребенка. Он по-детски наивен, стремится привлечь к себе внимание взрослых, добиться их ласки. Отмечается снижение инициативы, отсутствие привычных трудовых навыков. Одним словом, психическая деятельность больного крайне обеднена, и не обнаруживаются признаки ранее достаточно развитого интеллекта. Представлению о врожденном характере слабоумия соответствуют симптомы врожденной патологии физического развития.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (от МКБ-9 к МКБ-10)

Систематика психических расстройств отражает путь познания учеными механизмов возникновения и развития психопатологических феноменов. Каждая эпоха, каждый исторический этап в развитии психиатрической науки выдвигал собственные идеи о происхождении нарушений (этиологии), этапах их становления (патогенез), связях с внешними и внутренними факторами. Классификации строились в соответствии с доминирующими теоретическими постулатами. Результаты новейших исследований могли приводить к пересмотрам старых классификаций и созданию новых. Кардинальные изменения могли способствовать революционной ломке систематики. Подобный процесс происходит в мировой психиатрии сегодня.

При классификации психических расстройств в течении длительного времени использовался нозологический подход. В рамках этого подхода единственно правильным считалась оценка и сортировка каждого симптома или синдрома в зависимости от этиологического фактора.

Именно поэтому рубрики Международной классификации болезней девятого пересмотра (МКБ-9) имели нозоцентрическую направленность. В названии и шифровании, как правило, указывался генез психических расстройств (например, сенильный психоз; инволюционный психоз, шизофренический психоз, реактивный психоз и т.д.). Подобная категоричность систематики шла вразрез с относительностью накопленных научных знаний об

этиологии и патогенезе психических заболеваний. Если в отношении целого ряда психических болезней (т.н. экзогенно-органического генеза) нозологический подход представлялся обоснованным, то по отношению к иным он был неоднозначен. К первой группе относились заболевания, при которых был верифицирован этиологический агент, выявлены специфические механизмы развития, подтвержденные как клиническими, так и параклиническими исследованиями.

Необходимость создания новой классификации психических расстройств диктовалась и спецификой душевных заболеваний, социальной значимостью психиатрической диагностики. Т.е. можно говорить о том, что к критериям систематики психических расстройств предъявлялись и предъявляются более жесткие требования научности, чем к систематике, например, соматических расстройств. Следует согласиться с тем, что диагностика шизофрении в связи со значительными социальными последствиями самого диагноза требует более тщательного подхода и системы обоснования, чем, скажем, диагностика гастрита.

В международной классификации психических и поведенческих расстройств десятого пересмотра нозологические формы не исключены. Они лишь сведены к минимуму. В МКБ-10 вошли лишь те нозологические формы психических заболеваний, доказанность которых несомненна. Другие же ("до лучших времен") оставлены в синдромальном виде.

Одним из принципиальных отличий МКБ-9 от МКБ-10 является отсутствие дихотомии психоз-невроз. Если на основании предыдущей классификации шифр мог указывать на уровень наблюдаемых у пациента психических нарушений (например, 300 — невротические (психогенные) расстройства непсихотического уровня, а 298 — реактивные (психогенные) расстройства психотического уровня), то в новой систематике подход принципиально иной. В одной рубрике группируются как расстройства психотического, так и непсихотического уровня. Их объединение строится на других критериях. За основу берутся либо генез, либо возраст, либо синдромальная предпочтительность.

Несмотря на отказ от нозоцентрического подхода к классификации психических расстройств, в МКБ-10 четко прописаны дифференциально-диагностические критерии. Суть дифференциации показать не только то, что считать конкретным расстройством, но

и то, что не следует относить к данной нозологической форме или расстройству и не может быть объяснено известными науке механизмами. Наряду с клиническими основаниями для такой дифференциации, в МКБ-10 часты указания на длительность расстройства, на основании чего предлагается делать заключение об имеющемся нарушении.

Оправданным представляется мнение С.Ю. Циркина о том, что МКБ-10 предназначена прежде всего для статистических целей и что она не должна подменять собой концептуальных классификаций, сохраняющих свое значение для психиатрической науки и практики.

Следует заметить, что сами шифровки расстройств также принципиально различаются: в МКБ-9 шифры включали трехзначное число, указывавшее на нозологию, и после точки цифру, отражающую формы и типы патологии; в МКБ-10 используется четырехзначный код. Буква латинского алфавита обозначает принадлежность к разделу "психические расстройства" (F), а три цифры — соответствующую рубрику.

Психические расстройства в МКБ-10 разделены на следующие диагностические рубрики:

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ РУБРИКИ В МКБ-10

F0	Органические, включая симптоматические, психические расстройства
F1	Психические и поведенческие расстройства, вследствие употребления психоактивных веществ
F2	Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства
F3	Расстройства аффекта и настроения
F4	Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства
F5	Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами
F6	Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых
F7	Умственная отсталость
F8	Нарушения психологического развития
F9	Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте
F99	Неуточненное психическое расстройство

Новая классификация приведена ниже в виде перечня основных диагностических рубрик. В перечне, приведенном в данном приложении, не приводятся подрубрики, включающие "другие" или "неуточненные" расстройства, которые кодируются идентично во всех рубриках цифрами 8 и 9 после точки.

ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ РУБРИК МКБ-10

F0 Органические, включая симптоматические, психические расстройства

F00 Деменция при болезни Альцгеймера
F00.0 Деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом
F00.1 Деменция при болезни Альцгеймера с поздним началом
F00.2 Деменция при болезни Альцгеймера атипичная или смешанного типа

F01 Сосудистая деменция
F01.0 Сосудистая деменция с острым началом
F01.1 Мультиинфарктная деменция
F01.2 Субкортикальная сосудистая деменция
F01.3 Смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция

F02 Деменции при болезнях, квалифицированных в других разделах
F02.0 Деменция при болезни Пика
F02.1 Деменция при болезни Крейцфельдта-Якоба
F02.2 Деменция при болезни Гентингтона
F02.3 Деменция при болезни Паркинсона
F02.4 Деменция при заболеваниях, обусловленных ВИЧ

F03 Деменция, неуточненная

F04 Органический амнестический синдром, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами

F05 Делирий, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами
F05.0 Делирий, не возникающий на фоне деменции
F05.1 Делирий, возникающий на фоне деменции

F06 Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни

F06.0 Органический галлюциноз
F06.1 Органическое кататоническое расстройство
F06.2 Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство
F06.3 Органические аффективные расстройства
F06.4 Органическое тревожное расстройство
F06.5 Органические диссоциативные расстройства
F06.6 Органические эмоционально лабильные (астенические) расстройства
F06.7 Легкое когнитивное расстройство

F07 Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга
F07.0 Органическое расстройство личности
F07.1 Постэнцефалитический синдром
F07.2 Посткоммоционный синдром

F09 Неуточненные органические или симптоматические психические расстройства

F1 Психические и поведенческие расстройства, вследствие употребления психоактивных веществ

F10 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя

F11 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов

F12 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления каннабиноидов

F13 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления седативных или снотворных веществ

F14 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления кокаина

F15 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления других стимуляторов, включая кофеин

F16 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления галлюциногенов

F17 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления табака

F18 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления летучих растворителей

F19 Психические и поведенческие расстройства в результате сочетанного употребления наркотиков и использования других психоактивных веществ

Четвертый и пятый знаки могут использоваться для уточнения клинического состояния:

F1x.0 Острая интоксикация
F1x.1 Употребление с вредными последствиями
F1x.2 Синдром зависимости
F1x.3 Состояние отмены
F1x.4 Состояние отмены с делирием
F1x.5 Психотическое расстройство
.50 шизофреноподобное
.51 преимущественно бредовое
.52 преимущественно галлюцинаторное
.53 преимущественно полиморфное
.54 преимущественно с депрессивными симптомами
.55 преимущественно с маниакальными симптомами
.56 смешанное
F1x.6 Амнестический синдром
F1x.7 Резидуальное психотическое расстройство и психотическое расстройство с поздним (отставленным) дебютом

F2 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства

F20 Шизофрения
F20.0 Параноидная шизофрения
F20.1 Гебефреническая шизофрения
F20.2 Кататоническая шизофрения
F20.3 Недифференцированная шизофрения
F20.4 Постшизофреническая депрессия
F20.5 Резидуальная шизофрения
F20.6 Простая шизофрения

Типы течения шизофренических расстройств могут быть классифицированы, используя следующие пятые знаки:

F20.x0 непрерывный
.x1 эпизодический с нарастающим дефектом
.x2 эпизодический со стабильным дефектом
.x3 эпизодический ремиттирующий
.x4 неполная ремиссия
.x5 полная ремиссия

F21 Шизотипическое расстройство

F22 Хронические бредовые расстройства

F23 Острые и транзиторные психотические расстройства
F23.0 Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении
F23.1 Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении
F23.2 Острое шизофреноподобное психотическое расстройство
F23.3 Другие острые премущественно бредовые психотические расстройства

F24 Индуцированное бредовое расстройство

F25 Шизоаффективные расстройства
F25.0 Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип
F25.1 Шизоаффективный психоз
F25.2 Шизоаффективное расстройство, смешанный тип

F3 Аффективные расстройства настроения

F30 Маниакальный эпизод
F30.0 Гипомания
F30.1 Мания без психотических симптомов
F30.2 Мания с психотическими симптомами

F31 Биполярное аффективное расстройство
F31.0 Биполярное аффективное расстройство, гипоманиакальный эпизод
F31.1 Биполярное аффективное расстройство, эпизод без других психотических симптомов
F31.2 Биполярное аффективное расстройство, маниакальный эпизод с другими психотическими симптомами
F31.3 Биполярное аффективное расстройство, эпизод умеренной или легкой депрессии
F31.4 Биполярное аффективное расстройство, эпизод тяжелой депрессии без других психотических симптомов
F31.5 Биполярное аффективное расстройство, эпизод тяжелой депрессии с другими психотическими симптомами
F31.6 Биполярное аффективное расстройство, эпизод смешанный
F31.7 Биполярное аффективное расстройство, состояние ремиссии

F32 Депрессивный эпизод
F32.0 Легкий
F32.1 Умеренный
F32.2 Тяжелый без других психотических симптомов
F32.3 Тяжелый с другими психотическими симптомами

F33 Реккурентное депрессивное расстройство
F33.0 Легкий
F33.1 Умеренный
F33.2 Тяжелый без других психотических симптомов
F33.3 Тяжелый с другими психотическими симптомами

F34 Хронические (аффективные) расстройства настроения
F34.0 Циклотимия
F34.1 Дистимия

F4 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства

F40 Тревожно-фобические расстройства
F40.0 Агорафобия
F40.1 Социальные фобии
F40.2 Специфические (изолированные) фобии

F41 Другие тревожные расстройства
F41.0 Паническое расстройство
F41.1 Генерализованное тревожное расстройство
F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство

F42 Обсессивно-компульсивное расстройство
F42.0 Преимущественно навязчивые мысли или размышления (умственная жвачка)
F42.1 Преимущественно компульсивные действия (обсессивные ритуалы)
F42.2 Смешанные обсессивные мысли и действия

F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации
F43.0 Острая реакция на стресс
F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство
F43.2 Расстройства адаптации
.20 кратковременная депрессивная реакция
.21 пролонгированная депрессивчая реакция
.22 смешанная тревожная и депрессивная реакция
.23 с преобладанием нарушений других эмоций
.24 с преобладанием нарушения поведения

.25 смешанное расстройство эмоций и поведения

F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства
F44.0 Диссоциативная амнезия
F44.1 Диссоциативная фуга
F44.2 Диссоциативный ступор
F44.3 Трансы и состояния овладения
F44.4 Диссоциативные расстройства моторики
F44.5 Диссоциативные судороги
F44.6 Диссоциативная анестезия и утрата чувственного восприятия
F44.7 Смешанные диссоциативные расстройства
F44.8 Другие диссоциативные расстройства
.80 синдром Ганзера
.81 расстройство множественной личности
.82 транзиторные диссоциативные расстройства, возникающие в детском и подростковом возрасте

F45 Соматоформные расстройства
F45.0 Соматизированное расстройство
F45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство
F45.2 Ипохондрическое расстройство
F45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция
.30 сердца и сердечно-сосудистой системы
.31 верхней части желудочно-кишечного тракта
.32 нижней части желудочно-кишечного тракта .33 дыхательной системы
.34 урогенитальной системы
F45.4 Хроническое соматоформное болевое расстройство

F48 Другие невротические расстройства
F48.0 Неврастения
F48.1 Синдром деперсонализации-дереализации

F5 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами

F50 Расстройства приема пищи
F50.0 Нервная анорексия
F50.1 Атипичная нервная анорексия
F50.2 Нервная булимия
F50.3 Атипичная нервная булимия

F50.4 Переедание, сочетающееся с другими психологическими нарушениями
F50.5 Рвота, сочетающееся с другими психологическими нарушениями

F51 Расстройства сна неорганической природы
F51.0 Бессоница неорганической природы
F51.1 Гиперсомния неорганической природы
F51.2 Расстройства режима сна-бодрствования неорганической природы
F51.3 Снохождение (сомнамбулизм)
F51.4 Ужасы во время сна (ночные ужасы)
F51.5 Кошмары

F52 Половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием
F52.0 Отсутствие или потеря полового влечения
F52.1 Сексуальное отвращение и отсутствие сексуального удовлетворения
F52.2 Отсутствие генитальной реакции

F52.3 Оргазмическая дисфункция
F52.4 Преждевременная эйякуляция
F52.5 Вагинизм неорганической природы
F52.6 Диспареуния неорганической природы
F52.7 Повышенное половое влечение
F53 Психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и не классифицируемые в других разделах
F53.0 Легкие
F53.1 Тяжелые

F54 Психические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других разделах

F55 Злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости
F55.0 Антидепрессантами
F55.1 Слабительными
F55.2 Анальгетиками
F55.3 Средствами снижения кислотности
F55.4 Витаминами
F55.5 Стероидами или гормонами

F55.6 Специфическими травами и народными средствами

F6 Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых

F60 Специфические расстройства личности
F60.0 Параноидное расстройство личности
F60.1 Шизоидное расстройство личности
F60.2 Диссоциальное расстройство личности
F60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности
F60.4 Истерическое расстройство личности
F60.5 Ананкастическое (обсессивно-компульсивное) расстройство личности
F60.6 Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности
F60.7 Зависимое расстройство личности

F61 Смешанное и другие расстройства личности
F61.0 Смешанные расстройства личности
F61.1 Причиняющие беспокойство изменения личности

F62 Хронические изменения личности, не связанные с повреждением или заболеванием мозга
F62.0 Хронические изменения личности после переживания катастрофы
F62.1 Хронические изменения личности после психической болезни

F63 Расстройства привычек и влечений
F63.0 Патологическая склонность к азартным играм
F63.1 Патологические поджоги (пиромания)
F63.2 Патологическое воровство (клептомания)
F63.3 Трихотиломания

F64 Расстройства половой идентификации
F64.0 Транссексуализм
F64.1 Трансвестизм двойной роли
F64.2 Расстройство половой идентификации у детей

F65 Расстройства сексуального предпочтения
F65.0 Фетишизм
F65.1 Фетишистский трансвестизм
F65.2 Эксгибиционизм
F65.3 Вуайеризм
F65.4 Педофилия
F65.5 Садо-мазохизм
F65.6 Множественные расстройства сексуального предпочтения

F66 Психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией
F66.0 Расстройства полового созревания
F66.1 Эго-дистоническая сексуальная ориентация
F66.2 Расстройство сексуальных отношений

F68 Другие расстройства зрелой личности и поведения у взрослых
F68.0 Преувеличение физических симптомов по психологическим причинам
F68.1 Преднамеренное вызывание или симуляция симптомов или инвалидизации, физических или психологических (симутивное расстройство)

F7 Умственная отсталость

F70 Легкая умственная отсталость

F71 Умеренная умственная отсталость

F72 Тяжелая умственная отсталость

F73 Глубокая умственная отсталость
F7x.0 без поведенческих нарушений или с минимальными
F7x.1 со значительными поведенческими нарушениями, требующими внимания или лечебных мер

F8 Нарушения психологического развития

F80 Специфические расстройства развития речи
F80.0 Специфические расстройства артикуляции речи
F80.1 Расстройства экспрессивной речи
F80.2 Расстройства рецептивной речи
F80.3 Приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау-Клеффнера)

F81 Специфические расстройства развития школьных навыков
F81.0 Специфическое расстройство чтения
F81.1 Специфическое расстройство спеллингования
F81.2 Специфическое расстройство навыков счета
F81.3 Смешанное расстройство школьных навыков

F82 Специфические расстройства развития двигательных функций
F83 Смешанные специфические расстройства

F84 Общие расстройства развития
F84.0 Детский аутизм
F84.1 Атипичный аутизм
F84.2 *Синдром* Ретта
F84.3 Другое дезинтегративное расстройство детского возраста
F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями
F84.5 Синдром Аспергера

F9 Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте

F90 Гиперкинетические расстройства
F90.0 Нарушение активности внимания
F90.1 Гиперактивное расстройство поведения

F91 Расстройства поведения
F91.0 Расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи
F91.1 Несоциализированное расстройство поведения
F91.2 Социализированное расстройство поведения
F91.3 Оппозиционно-вызывающее расстройство

F92 Смешанные расстройства поведения и эмоций
F92.0 Депрессивное расстройство поведения

F93 Эмоцональные расстройства, специфические для детского возраста
F93.0 Тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте
F93.1 Фобическое тревожное расстройство детского возраста
F93.2 Социальное тревожное расстройство детского возраста
F93.3 Расстройство сиблингового соперничества

F94 Расстройства социального функционирования с началом, специфическим для детского возраста
F94.0 Элективный мутизм
F94.1 Реактивное расстройство привязанности детского возраста
F94.2 Расторможенное расстройство привязанности детского возраста

F95 Тикозные расстройства
F95.0 Транзиторное тикозное расстройство
F95.1 Хроническое двигательное или голосовое тикозное расстройство

F95.2 Комбинированное голосовое и множественное двигательное тикозное расстройство (синдром де ля Туретта)

F98 Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте
F98.0 Неорганический энурез
F98.1 Неорганический энкопрез
F98.2 Расстройство питания в младенческом возрасте
F98.3 Поедание несъедобного (пика) в младенческом возрасте
F98.4 Стереотипные двигательные расстройства
F98.5 Заикание
F98.6 Речь взахлеб

В данном приложении, предназначенном для адаптации новой статистической парадигмы МКБ-10, представлены ее корреляции с МКБ-9.

Приведенные шифры закреплены за психическими и поведенческими расстройствами в каждой классификаци, а в тексте уточняются некоторые диагностические параметры. Учитывая эволюционный характер изменений, а также тот факт, что врачам-психиатрам приходится изучать МКБ-10 не с чистого листа, мы сочли целесообразным отталкиваться при изложении классификации от ставших традиционными взглядов и терминов, т.е. от старой систематики, что отразилось даже в названиях таблиц.

В следующих таблицах приведены параллели между диагностическими классификациями МКБ-9 и МКБ-10.

Таблица 1.

ШИФРЫ И КОДЫ ОРГАНИЧЕСКИХ И СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

МКБ-9		МКБ-10	
Сенильная деменция, простой тип	290.0	F00.1	Деменция при болезни Альцгеймера с поздним началом
Пресенильная деменция	290.1	F00.0	Деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом
		F02.0	Деменция при болезни Пика

Сенильная деменция депрессивного или параноидного типа	290.2	F00.13 F00.11	Деменция при болезни Альцгеймера с поздним началом премущественно с депрессивными и бредовыми симптомами
Сенильная деменция, осложненная явлениями острой спутанности	290.3	F05.1	Делирий, возникающий на фоне деменции
Артериосклеротическое слабоумие	290.4	F01	Сосудистая деменция

В МКБ-10 отсутствует ставшее традиционным для отечественной психиатрии разделение деменций позднего возраста на сенильные и пресенильные. Большинство из них названы болезнью Альцгеймера и различаются лишь ранним (до 65 лет) или поздним (после 65-75 лет) началом. Кроме того, преобладание иных симптомов в клинической картине деменции шифруется дополнительной цифрой после точки. Подобная шифровка в МКБ-10 применяется при многих расстройствах, поэтому мы сочли целесообразным привести ее полностью:

.x0 — без дополнительных психопатологических феноменов
.x1 — с преобладанием бредовых феноменов
.x2 — с преобладанием галлюцинаторных феноменов
.x3 — с преобладанием депрессивных феноменов
.x4 — с преобладанием многообразных феноменов

Таблица 2.

ШИФРЫ И КОДЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ АЛКОГОЛЬНЫХ (МЕТАЛКОГОЛЬНЫХ) ПСИХОЗАХ И ПСИХОЗОВ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКАМИ И ДРУГИМИ ВЕЩЕСТВАМИ

МКБ-9		МКБ-10	
Белая горячка	291.0	F10.4	Состояние отмены с делирием
Алкогольные энцефалопатии	291.1	F10.6	Корсаковский психоз или синдром
Корсаковский психоз алкогольный	291.11		

Продолжение таб. 2

Другие формы алкогольного слабоумия	291.2	F10.73 F10.74	Деменция как резидуальное психотическое расстройство
Другие алкогольные галлюцинозы	291.3	F10.52	Алкогольный галлюциноз
Патологическое опьянение	291.4	F10.07	Патологическое опьянение
Алкогольный бред ревности	291.5	F10.51	Психотическое алкогольное расстройство преимущественно бредовое
Делирий при наркомании, токсикомании	292.0	F1?.4 F1?.4	Острая интоксикация с делирием Состояние отмены с делирием
Параноидные и/или галлюцинаторные состояния, вызванные злоупотреблением наркотических или других	292.1	F1?.51 F1?.52	Психотическое расстройство преимущественно бредовое, галлюцинаторное

В рубрике психических расстройств вследствие употребления психоактивных веществ обращает на себя внимание следующие отличия МКБ-10 от МКБ-9: во-первых, за каждым психоактивным веществом закреплен свой код — именно поэтому в таблице присутствуют знаки «?»; во-вторых, четвертый и пятый знаки в коде используются для уточнения единых клинических состояний.

Таблица 3.

ШИФРЫ И КОДЫ ПРЕХОДЯЩИХ И ХРОНИЧЕСКИХ ПСИХОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА (т.н. органические психозы)

МКБ-9		МКБ-10	
Острое преходящее психотическое остояние	293.0	F06	Органические психические расстройсства
Подострое преходящее псxихотическое состояние	293.1	F06	Органические психические расстройства
Корсаковский синдром (неалкогольный)	294.0	F04	Органический амнестический синдром, не обусловленный алкоголем

Продолжение таб. 3.

Слабоумие при состояниях, не классифицируемых в других рубриках	294.1	F02.8	Деменции вторичные
Слабоумие вследствие травмы головного мозга	294.13	F02.8	Деменции вторичные
Слабоумие вследствие эпилепсии	294.14	F02.8	Деменции вторичные
Эпилептический психоз	293.05	F06.8	Эпилептический психоз

Следует обратить внимание на тот факт, что в МКБ-10 отсутствует отдельная рубрика для кодирования т.н. психотических состояний, возникающих в результате органических заболеваний головного мозга. Психотические и непсихотические расстройства сгруппированы в рубрике с кодом F0, тогда как в МКБ-9 они были представлены в рубриках с шифрами 293, 294, 310, 311.

Таблица 4.

ШИФРЫ И КОДЫ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА РАССТРОЙСТВ (шизофрении)

МКБ-9		МКБ-10	
Простой тип	295.0	F20.6	Простая
Гебефренический тип	295.1	F20.1	Гебефреническая
Кататонический тип	295.2	F20.2	Кататоническая
Параноидный тип	295.3	F20.0	Параноидная
Острый шизофренический эпизод	295.4	F23.1	Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении
		F23.2	Острое шизофреноподобное расстройство
Латентная (вялотекущая, малопрогредиентная) шизофрения	295.5	F21	Шизотипическое расстройство
Остаточная шизофрения	295.6	F20.5	Резидуальная шизофрения
Шизоаффективный тип	295.7	F25	Шизоаффективные расстройства

Из представленных в таблице корреляций между МКБ-9 и МКБ-10 наибольший интерес представляет переименование т.н.

латентной (вялотекущей) шизофрении в шизотипическое расстройство, за которым стоят принципиальные теоретические концепции. Следует заметить, что шизотипическое расстройство включено все же в рубрику "Шизофрения и бредовые расстройства" и его предлагается отличать от шизоидного личностного расстройства (шизоидной психопатии — по МКБ-9). Однако, составители МКБ-10 указывают на то, что этот диагноз не рекомендуется использовать "для общего пользования", т.к. пока не существует четких дифференциально-диагностических критириев.

Таблица 5.

ШИФРЫ И КОДЫ
АФФЕКТИВНЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

МКБ-9		МКБ-10	
Маниакально-депрессивный психоз, маниакальный тип	296.0	F31.0 F31.1 F31.2	Биполярное аффективное расстройство, текущий гипоманиакальный или маниакальный эпизод
Маниакально-депрессивный психоз, депрессивный тип	296.1	F31.3 F31.4 F31.5	Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод умеренной, легкой или тяжелой депрессии
Инволюционная меланхолия	296.13	F32	Депрессивный эпизод
Циклотимия	296.81	F34.0	Циклотимия

Таблица 6.

ШИФРЫ И КОДЫ
ПАРАНОИДНЫХ СОСТОЯНИЙ

МКБ-9		МКБ-10	
Параноидное психотическое состояние	297.0	F22.0	Бредовое расстройство
Паранойя	297.1	F22.0	Бредовое расстройство
Парафрения	297.2	F22.0	Бредовое расстройство
Инволюционный параноид	297.21	F22.8	Другие хронические бредовые расстройства
Поздняя (старческая) парафрения	297.29	F22.0	Бредовое расстройство
Индуцированный психоз	297.3	F24.0	Индуцированное бредовое расстройство

Основой диагностики хронических бредовых расстройств по МКБ-10 является бред, присутствующий у пациента не менее 3--х месяцев и носящий личностный характер, без признаков органической патологии мозга или данных за шизофреническую симптоматику.

Таблица 7.

ШИФРЫ И КОДЫ РЕАКТИВНЫХ ПСИХОЗОВ

МКБ-9		МКБ-10	
Реактивный депрессивный психоз	298.0	F33	Реккурентное депрессивное расстройство
Острое реактивное возбуждение	298.1	F43.0	Острая реакция на стресс
Аффективно-шоковая реакция	298.11	F43.0	Острая реакция на стресс с возбуждением
Психомоторное реактивное возбуждение	298.12	F43.0	Острая реакция на стресс
Реактивная спутанность	298.2	F43.0	Острая реакция на стресс
Острая параноидная реакция	298.3	F23.3	Другие острые бредовые психотические расстройства
Психогенный параноидный психоз	298.4	F23.3	Другие острые бредовые психотические расстройства
Истерический психоз на фоне психомоторного возбуждения	298.81	F44	Диссоциативные (конверсионные) расстройства
Истерический психоз на фоне психомоторной заторможенности	298.82	F44.2	Диссоциативный ступор
Аффективно-шоковая реакция в виде ступора	298.83	F44.2	Диссоциативный ступор
Психогенный ступор	298.84	F44.2	Диссоциативный ступор

В МКБ-10 отсутствует диагностическая рубрика, объединявшая ранее реактивные психотические расстройства. Большинство расстройств, шифровавшихся как 298, вошли в подрубрики "Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации" (F43) и "Диссоциативные (конверсионные) расстройства" (F44) рубрики "Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства". Часть прежних реактивных психозов (например, реактивный параноид) отнесены в соответствии с МКБ-10 к группе "Острых и транзиторных психотических расстройств" (F23).

Таблица 8.

ШИФРЫ И КОДЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, СПЕЦИФИЧНЫХ ДЛЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

МКБ-9		МКБ-10	
Ранний детский аутизм	299.0	F84.0 F84.5	Детский аутизм Синдром Аспергера
Дезинтегративный психоз	299.1	F84.3	Дезинтегративное расстройство детского возраста
Шизофрения, детский тип	299.91	F20	Шизофрения с необычно ранним началом
Простое нарушение активности и внимания	314.0	F90.0	Нарушение активности и внимания
Гиперкинетическое нарушение поведения	314.2	F90.1	Гиперкинетическое расстройство поведения

Из специфических особенностей систематики психических расстройств, специфических для детского возраста, как видно из таблицы, исчезла рубрика, включавшая детскую шизофрению. Она отнесена к группе шизофренических расстройств.

Таблица 9.

ШИФРЫ И КОДЫ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

МКБ-9		МКБ-10	
Невроз тревоги (страха)	300.0	F41.1	Генерализованное тревожное расстройство
Истерический невроз	300.11	F44	Диссоциативные (конверсионные) расстройства
Синдром Ганзера	300.12	F44.80	Синдром Ганзера истерический
Фобии невротические	300.2	F40	Тревожно-фобические расстройства
Невроз навязчивости	300.3	F42	Обсессивно-компульсивное расстройство
Депрессивный невроз	300.4	F34.1	Дистимия
Неврастения	300.5	F48.0	Неврастения
Синдром деперсонализации невротический	300.6	F48.1	Синдром деперсонализации-дереализации
Ипохондрический невроз	300.7	F45.2	Ипохондрическое расстройство

Продолжение таб. 9.

Дисморфофобия (небредовая)	300.6	F45.2	Ипохондрическое расстройство
Неврозоподобные состояния	300.9	F06.6	Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство
		F06.4	Тревожное расстройство органической природы
		F06.5	Органическое диссоциативное расстройство
		F06.7	Легкое когнитивное расстройство

В МКБ-10 невротические расстройства, за исключением депрессивного невроза, отнесены в рубрику "Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства" (F40). Депрессивный невроз, называемый в МКБ-10 дистимией, включен в рубрику "Аффективные расстройства настроения" (F30). Самые значительные изменения претерпели т.н. неврозоподобные состояния (по МКБ-9), обусловленные: интоксикацией (300.92), системной инфекцией (300.93), соматическими неинфекционными заболеваниями (300.94), нарушением обмена веществ, роста, питания (300.95), климаксом (300.96), инволюцией (300.97). Понятие "неврозоподобные расстройства" в МКБ-10 отсутствует. Предлагается синдромальный подход к систематике подобных нарушений и отнесение их в рубрики, в которых кодируется основное расстройство или заболевание. Как правило, неврозоподобные расстройства кодируются F06.6, F06.4, F06.5 или F06.7 в подрубриках "Органическое эмоциональное (астеническое) расстройство", "Тревожное расстройство органической природы", "Органическое диссоциативное расстройство", "Легкое когнитивное расстройство".

Таблица 10.

ШИФРЫ И КОДЫ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ

МКБ-9		МКБ-10	
Расстройство личности параноидного (паранойяльного) типа	301.0	F60.0	Параноидное расстройство личности
Расстройство личности аффективного типа	301.1	F43.0	Циклотимия

Продолжение таб. 10.

Расстройство личности шизоидного типа	301.2	F60.1	Шизоидное расстройство личности
Расстройство личности возбудимого типа	301.3	F60.30	Эмоционально неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип
Расстройство личности ананкастического типа	301.4	F60.5	Ананкастное (обсессивио-компульсивное) расстройство личности
Расстройство личности истерического типа	301.5	F60.4	Истерическое расстройство личности
Расстройство личности астенического типа	301.6	F60.7	Зависимое расстройство личности
Мозаичная полиморфная психопатия	301.82	F61.0	Смешанные расстройства личности
Парциальный дисгармонический психический инфантилизм	301.83	F60.8	Другие специфические расстройства личности

В МКБ-10 произошли существенные изменения дефиниций расстройств личности, внесены новые для психиатров, ориентировавшихся на определения в МКБ-9, названия личностных расстройств. Термин психопатия отсутствует. Кроме того, к циклотимии отнесено аффективное расстройство личности.

Таблица 11.

ШИФРЫ И КОДЫ ПОЛОВЫХ ИЗВРАЩЕНИЙ И НАРУШЕНИЙ

МКБ-9		МКБ-10	
Гомосексуализм	302.0	F66.x1	Гомосексуальный тип ориентации
Педофилия	302.2	F65.4	Педофилия
Трансвестизм	302.3	F64.1	Трансвестизм двойной роли
Эксгибиционизм	302.4	F65.2	Эксгибиционизм
Транссексуализм	302.5	F64.0	Транссексуализм
Нарушение психосексуальной индивидуальности	302.6	F66	Психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией
Фригидность и импотенция	302.7	F52.0 F52.3	Отсутствие или потеря полового влечения

Основным новшеством МКБ-10 в разделе сексуальных расстройств можно считать то, что часть из них вошла в рубрику "Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых", а другая

часть — в раздел "Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами". Особо следует отметить указание на то, что сама по себе сексуальная ориентация не рассматривается в МКБ-10 в качестве расстройства и кодируется лишь как дополнительный код.

Таблица 12.

ШИФРЫ И КОДЫ ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛИЗМА

МКБ-9		МКБ-10	
I стадия хронического алкоголизма	303.1	F10.2	Синдром зависимости
II стадия хронического алкоголизма	303.2	F10.2	Синдром зависимости
III стадия хронического алкоголизма	303.3	F10.2	Синдром зависимости
Дипсомания	303.4	F10.2	Синдром зависимости

В МКБ-10 психические расстройства, вызванные употреблением алкоголя не выделяются в отдельную рубрику. Они включаются в раздел "Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ". Упор в ней делается на клинических проявлениях, а за наиболее распространенными веществами закреплен определенный код (см. перечень диагностических рубрик МКБ-10).

Таблица 13.

ШИФРЫ И КОДЫ СПЕЦИФИЧЕСКИХ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА ПОЧВЕ ОРГАНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

МКБ-9		МКБ-10	
Синдром лобной доли	310.0	F07.0	Органическое расстройство личности
Изменения личности или познавательной способности другого типа	310.1	F07.0	Органическое расстройство личности
		F06.7	Легкое когнитивное расстройство
		F07.1	Постэнцефалитический синдром
Постконтузионный синдром	310.2	F07.2	Посткоммоционный синдром

Таблица 14.

ШИФРЫ И КОДЫ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

МКБ-9		МКБ-10	
Легкая умственная отсталость (дебильность)	317	F70	Легкая умственная отсталость
Умеренная умственная отсталость (имбецильность нерезко выраженная)	318.0	F71	Умеренная умственная отсталость
Выраженная умственная отсталость (имбецильность резко выраженная)	318.1	F72	Тяжелая умственная отсталость
Глубокая умственная отсталость (идиотия)	318.2	F73	Глубокая умственная отсталость

Из МКБ-10 полностью исключены такие психиатрические термины, как: дебильность, имбецильность и идиотия. Это сделано в связи с тем, что они вышли за сугубо медицинские рамки и стали носить социальный (негативный) оттенок. Взамен их предложено использовать исключительно нейтральные термины, количественно отражающие степени умственной отсталости.

Учитывая цели и задачи руководства "Психиатрическая пропедевтика", мы сочли целесообразным привести в данном приложений лишь параллели между МКБ-9 и МКБ-10. В текст не вошли диагностические критерии, которые позволяют относить наблюдающиеся у пациентов расстройства в ту или иную рубрику. Заинтересованные лица могут почерпнуть эту информацию из специального издания МКБ-10.

ПРИМЕРЫ РАЗБОРОВ КЛИНИЧЕСКИХ ЗАДАЧ

Врачу-психиатру часто приходится сталкиваться с такими случаями, когда в кратчайшие сроки необходимо решить вопрос о госпитализации психически больного, обосновывать значимость и очередность проведения того или иного параклинического исследования. Для этого психиатр должен хорошо разбираться в непосредственно наблюдаемом психопатологическом состоянии больного, уметь на основании клинических особенностей ставить предварительный диагноз заболевания.

Ниже будут представлены описания психопатологических состояний больных и разбор каждого случая с описанием этапов «диагностического поиска» и путей дальнейших необходимых исследований для достоверной оценки психического состояния пациентов (наблюдения проф. В.С.Чудновского и проф. Д.М.Менделевича).

Набл. 1. Больной Ш., 26 лет, инженер. Преморбид без особенностей. Заболевание началось довольно остро без видимых причин. Стал тревожным, возбужденным, запирался в своей комнате, занавешивал окна, заявляя, что за ним ведется наблюдение из противоположного дома, изрезал на куски свою рубашку и носовые платки. В отделении психиатрической больницы напряжен, подозрителен, испытывает страх. Слышит из-за окна и через стену какие-то голоса, стук, музыку, затыкает себе уши ватой. На врача смотрит недоверчиво, угрюмо. Себя считает здоровым, требует выписки. Заявляет, что вокруг него «все подстроено», врача принимает за известную киноактрису, больных — за артистов русского народного хора: «Здесь какой-то маскарад, все притворяются больными, а они артисты!». В словах окружающих слышит «намеки», угрозы в свой адрес. Все вокруг приобрело для больного свой особый смысл: ковровая дорожка — дорога на клад-

бище («Это значит — скоро умру!»); олени, изображенные на картине, означают «лень» — следовательно его считают ленивым; беседу с врачом воспринимает как знак того, что его считают шпионом.

«Диагностический поиск» необходимо начинать с синдромальной оценки психических нарушений и определения их уровня. Как видно из приведенного случая, у больного Ш. выявляются бредовые идеи преследования (заявлял, что за ним ведется наблюдение из противоположного дома; убежден, что его считают шпионом), интерметаморфозы (считает, что все вокруг «подстроено», врач — киноактриса, больные — артисты русского народного хора), значения («ковровая дорожка — дорога на кладбище, олени на картине — намек на его лень»), слуховые галлюцинации («голоса», стук, музыка) и вербальные иллюзии (в словах окружающих слышит «намеки», угрозы в его адрес), которые неоспоримо указывают на *психотический уровень психических расстройств.* Ведущим в клинической картине заболевания больного Ш. является параноидный синдром в виде неразвернутого синдрома Капгра.

На втором этапе конструирования диагноза необходимо определить тип реагирования. Параноидный синдром может быть проявлением любого типа реагирования, в то время как синдром Капгра специфичен для *эндогенного типа реагирования.*

В описании заболевания больного Ш. не имеется указаний на наличие каких-либо заболеваний в преморбиде и причин, которые могли бы спровоцировать данное состояние. Однако выявленные ранее клинические критерии для вынесения заключения о наличии эндогенного заболевания должны быть подтверждены или отвергнуты параклиническими методами (психологическим, неврологическим, электрофизиологическим). Подтверждением предварительного диагноза эндогенного заболевания (в данном случае шизофрении) может считаться определение нарушений мышления в виде разорванности, аморфности при психологическом обследовании.

Набл. 2. Больной Б., 50 лет. В отделении психиатрического стационара держится самоуверенно, говорит с апломбом, гневлив, бывает агрессивен. Себя называет «фельдмаршалом», «властителем Мира». Слышит «голоса», доносящиеся из других миров, переговаривается с ними. Заявляет, что свободно может переноситься на Луну, Юпитер, другие планеты, откуда он управляет Вселенной, движением небесных тел. Часто ощущает запах бензина, спирта, которые ему «подпускают в нос с помощью особой техники». При этом раздражается, требует, чтобы «немедленно прекратили это безобразие». Чувствует, как с помощью аппарата на него действуют «протонами», создают «превратные мысли», «наматывают

на мозг», из Лондона действуют с помощью «электронов». Требует немедленной выписки, хочет ехать в Москву, где ему «дадут столько денег, сколько он захочет».

В клинической картине заболевания больного Б. отмечаются следующие симптомы: бредовые идеи величия (называет себя «фельдмаршалом», «властителем Мира», говорит о том, что ему «дадут столько денег, сколько он захочет»), воздействия (считает, что он управляет Вселенной, движением небесных тел и одновременно на него воздействуют «с помощью особой техники», вызывая запахи); «превратные мысли в голове» (ассоциативный автоматизм); галлюцинации слуховые («голоса» из других миров) и обонятельные («подпускают» запах бензина, спирта). На основании выявленных симптомов можно говорить о парафренном синдроме, указывающем на *психотический уровень психических расстройств.* Наличие в структуре ведущего симптомокомплекса элементов синдрома психического автоматизма Кандинского-Клерамбо может говорить в пользу *эндогенного типа реагирования* (шизофрении).

Набл. 3. Больная С., 40 лет, работница завода. Поступила в психиатрическую больницу вскоре после родов. Выглядит бледной, истощенной, губы сухие, запекшиеся. Психическое состояние крайне изменчиво. Временами больная возбуждена, мечется в постели, срывает с себя белье, принимает страстные позы. Выражение лица тревожное, растерянное, внимание фиксирует на случайных предметах. Образец речи больной: «Вы отняли у меня крошку... Стыдно... Вы думаете с Ваней жить, а нужно с богом... Я черт, а не бог... Вы все с ума сойдете... У меня торможение... Аминазин, а потом в магазин...». Из отдельных отрывочных высказываний можно понять, что больная слышит голоса родственников, идущие откуда-то снизу, крики и плач детей. Настроение ее то глубоко угнетенное, то восторженно-эйфоричное. Вместе с тем легко озлобляется, угрожает выколоть глаза. Состояние возбуждения неожиданно сменяется глубокой прострацией. Больная умолкает, бессильно опускает голову на подушку, с тоской и растерянностью осматривается по сторонам. В это время удается вступить с больной в контакт, получить ответ на простые вопросы. При этом оказывается, что больная не знает, где она находится, не может назвать текущей даты, месяц: путает время года, не может дать почти никаких сведений о себе и о своей семье. При кратковременной беседе быстро истощается и перестает отвечать на вопросы.

Как видно из приведенного случая, у больной С. определяются следующие симптомы: бессвязность мышления (см. образец речи), двигательное возбуждение (мечется в постели, срывает с себя белье, принимает страстные позы); слуховые галлюцинации («голоса» родственников, крик и плач детей); неустойчивость настроения (то глубоко угнетенное, то восторженно-эйфорическое, то

озлобленность, то «прострация»); расстройства сознания (не знает, где находится, не может назвать текущей даты, не может дать сведений о себе). Симптомы, выявленные у больной С., полностью укладываются в аментивный синдром и оцениваются как *психотические*. Аменция считается проявлением *экзогенно-органического типа реагирования,* что подтверждается анамнестическими данными — пациентка С. поступила в психиатрическую больницу вскоре после родов, при поступлении отмечались признаки тяжелой соматической патологии.

Набл. 4. Больной Б., 28 лет, преподаватель математики. В анамнезе черепно-мозговая травма. Обратился к врачу после конфликтной ситуации на работе с жалобами на периодические головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости и повышенной утомляемости. В последние годы стал плохо переносить жару, духоту, транспорт. Выполнение обычной работы стало требовать большого напряжения духовных и физических сил. Утром трудно заставить себя встать с постели, взяться за обычные дела. Садится за книги, но прочитав полстраницы, замечает, что механически пробегает глазами по строчкам, а мысли где-то далеко. Ко второй половине рабочего дня «вырабатывается», голова становится более свежей, но к вечеру чувствует себя совершенно разбитым. За последнее время стал раздражительным, утратил обычную сдержанность. Во время урока грубо прикрикнул на ученика, после чего тут же внутренне раскаялся, долго не мог успокоиться, представляя себе возможные неприятные последствия этого поступка. Дома все выводит из себя, раздражает радио, шумная возня пятилетней дочки. Однажды даже ударил ее, и сам расстроился до слез, просил у дочери прощения. Раздражает даже прикосновение к телу одежды: «чувствую себя так, будто на мне власяница!». Во время беседы с врачом больной волнуется, лицо покрывается красными пятнами, голос дрожит, на глаза навертываются слезы. Стесняется этого, старается скрыть свое волнение. Склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения.

В клинической картине заболевания больного Б. можно отметить такие симптомы, как: астенические (головные боли, слабость, быстрая утомляемость, раздражительность, плаксивость, быстрая истощаемость внимания); сенестопатии (ощущение «власяницы» на теле); оптико-вестибулярные нарушения (плохо переносит жару, духоту, транспорт). Определенные расстройства укладываются в рамки *непсихотического уровня психических нарушений*. Оценка типа реагирования достаточно сложна, но наличие сенестопатий, оптико-вестибулярных нарушений, тотальной астении, отсутствие звучания в высказываниях больного психотравмирующей ситуации, предшествовавшей обращению к психиатру, дают основание предполагать *экзогенно-органический тип реагирования*. В определенной степени подтверждением этого может служить факт нали-

чия в анамнезе черепно-мозговой травмы. Для уточнения диагноза необходимо провести неврологическое, офтальмологическое, электрофизиологическое исследования.

Набл. 5. Больная А., 24 года, бухгалтер. Находится на стационарном лечении в психиатрическом отделении. Большую часть времени сидит на кровати, ничем не занимаясь. При любом шуме, приближении постороннего человека вся съеживается, в растерянности озирается по сторонам, бессмысленно таращит глаза. В разговор сама не вступает, смотрит на собеседника с выражение страха и детской наивности. На вопросы отвечает тихим голосом, по-детски шепелявит, растопыривает пальцы на руках и с любопытством их разглядывает. Почти никаких сведений о жизни и состоянии здоровья у больной получить не удается. Вот образец разговора с ней.

Врач:	Как Вас зовут?
Больная:	Оля.
Врач:	Сколько Вам лет?
Больная: (после минутной задержки):	Семь... восемь...
Врач:	Где Вы сейчас находитесь?
Больная:	Не знаю... Наверное, в больнице.
Врач:	Как Вы думаете, что это за люди? Что они здесь делают? (указывает на других врачей, медсестер).
Больная:	Не знаю... Тетеньки... Дяденьки.
Врач:	Вы ведь работаете бухгалтером. Значит, Вы должны хорошо считать. Отнимите, пожалуйста, от ста восемь. Сколько получится?
Больная:	Не знаю... (после настойчивой просьбы врача начинает считать. При этом загибает пальцы и шевелит губами). — Три... И так далее.

В присутствии врача особенно отчетливо выступают такие черты в поведении больной, как подчеркнутая наивность, детская беспомощность, растерянность. В обращении с младшим медицинским персоналом больная груба, оказывает сопротивление при выполнении лечебных процедур. На свидании с мужем, с которым больная поссорилась перед началом заболевания, она молчит, смотрит с выражением обиды и недоброжелательности, спросила у него о здоровье детей.

На основании краткой выписки из истории болезни больной А. можно выявить следующие симптомы: расстройство поведения (пуэрильность — подчеркнутая наивность, детская беспомощность при общении с врачами; грубость при контакте с младшим медперсоналом); нарушение интеллекта — псевдодеменция (не может сказать сколько ей лет, не может произвести элементарных арифметических действий, являясь бухгалтером по профессии), рас-

стройство сознания (не точно знает, где находится). Выявленные симптомы укладываются в синдром Ганзера и говорят о *психотическом уровне психических расстройств.* Нарушения сознания непостоянны и могут быть оценены как сумеречное расстройство сознания. Синдром Ганзера специфичен для *психогенного типа реагирования.* В отличие от истинной деменции у больной А. интеллект до начала заболевания был достаточно высоким и его «снижение» произошло быстро. Подтверждением психогенной обусловленности состояния больной А. может служить наличие конфликтной ситуации, о которой можно судить по ее беседе с мужем. В данном случае следует говорить об истерическом психозе с синдромом псевдодеменции и пуэрилизма (синдром Ганзера).

Набл. 6. Больная Н., 48 лет, продавец. Доставлена в психиатрический стационар в связи с попыткой самоубийства. В отделении одинока, сидит в углу палаты, опустив голову. На лице застыло напряженно-тоскливое выражение. Отказывается от еды: «Нечего меня кормить, не заслужила. От государства деньги получала, а с работой не справлялась!». На вопросы отвечает с задержкой, односложно, таким тихим голосом, что часто приходится ее переспрашивать. Факт попытки самоповешения не отрицает, но считает, что спасли ее напрасно: «Таким как я не место на земле. Лучше я сама это сделаю, чем дожидаться суда людского». Уверена в том, что окружающие смотрят на нее с презрением, так как она «поганый человек», ее ожидает смертная казнь за совершенные преступления. Вспоминает, что много лет назад она работала продавщицей в ларьке и незаконно торговала водкой в разлив, забирая себе пустые бутылки. Многие годы не вспоминала об этом, но теперь поняла, что ничто не забыто. На вопросы, касающиеся ее жизни, семьи больная отвечать отказывается: «Ни к чему все это!». Больной себя не считает: «Я здорова, выпишите меня, зачем я здесь занимаю место?... Мне не лечиться нужно, а пойти в милицию». На следующий же день после стационирования, больная, закрывшись с головой одеялом, пыталась повеситься на чулке.

В клинической картине заболевания больной Н. отмечаются следующие симптомы: депрессия (снижение настроения — тоска, попытка самоубийства, замедленность ассоциативного процесса — отвечает с задержкой, односложно, двигательная заторможенность — сидит в углу палаты, опустив голову); бредовые идеи самообвинения, самоуничижения («не заслужила, чтобы меня кормили»; «поганый я человек»); отношения (считает, что окружающие смотрят на нее с презрением). Выявленные симптомы укладываются в депрессивный синдром *психотического уровня,* за что говорит наличие бредовых кататимно образовавшихся идей самообвинения, самоуничижения, отношения, суицидальные попытки, отсутствие критического отношения к своему состоянию. Депрессивный син-

дром психотического регистра не является нозологически специфичным, но у больной Н. отмечаются некоторые его особенности, позволяющие думать об *эндогенном типе реагирования.* Несмотря на тот факт, что больная увязывает попытки самоубийства с реальными фактами (вспоминает, что много лет назад работала продавщицей, незаконно торговала водкой), говорить о реактивном генезе депрессивного состояния неправомерно. В первую очередь в связи с тем, что реальные факты отделяют от начала психического расстройства несколько лет. С другой стороны, отмечается явное несоответствие, неадекватность причин, приводимых больной в доказательство своей вины, с методом решения этого вопроса. Учитывая инволюционный возраст больной, можно думать об инволюционной меланхолии. Для исключения экзогенно-органического генеза данного состояния (в частности, сосудистого) необходимо проведение параклинических методов обследования.

Набл. 7. Больная С., 60 лет, пенсионерка. 5 лет тому назад однажды поссорилась с соседкой, расстроилась, плакала, ночью плохо спала. Наутро услышала за стеной голоса соседки и ее родственников, которые угрожали убить ее и ее детей. Появился страх, не могла оставаться дома одна, боялась выходить в общую кухню. С тех пор в течение 5 лет почти постоянно слышит те же голоса, которые угрожают больной, называют ее оскорбительными именами. Иногда слышит голос своего сына, который успокаивает больную, советует ей лечиться. Голоса идут из-за стены, из-за окна и воспринимаются больной как реальная, обычная человеческая речь. В этой речи часто повторяются одни и те же фразы, звучащие в одинаковом тембре, с одними и теми же модуляциями голоса. Иногда слова произносятся ритмично, подобно тиканью часов, в такт ощущаемой больной пульсацией сосудов. При усилении голосов в тишине, особенно ночью, больная становится тревожной, подбегает к окнам, утверждает, что сейчас убивают ее детей, а она ничем не может помочь. В шумной комнате и во время беседы с больной голоса полностью исчезают. Охотно соглашается, что голоса имеют болезненное происхождение, но тут же спрашивает, за что соседка хочет ее убить. У больной в течение последних двух лет отмечается снижение памяти, слезливость, головные боли, быстрая утомляемость, поверхностный сон.

В клинической картине заболевания больной С. обнаруживаются следующие психопатологические симптомы: вербальные галлюцинации (слышит голоса соседей из-за стены, из-за окна угрожающего характера), бредовые идеи преследования, страх (боится оставаться дома в одиночестве, выйти в общую кухню); снижение памяти, астенические симптомы (слезливость, головная боль, быстрая утомляемость, поверхностный сон). Наличие вербальных галлюцинаций может указывать на психотический уровень психических расстройств. Ведущим в клинической картине

заболевания является синдром вербального галлюциноза, характеризующийся стойкими однотипными слуховыми (словесными) истинными галлюцинациями с частичной критикой к ним. Выявление длительного стойкого синдрома вербального галлюциноза типично для *экзогенно-органического типа реагирования.* На значимость экзогенных факторов указывают и церебрастенические симптомы, а также ундулирующий характер галлюциноза (подобно тиканию часов в такт пульсации сосудов). Несмотря на тот факт, что заболевание манифестировало вслед за психотравмирующей ситуацией (ссора с соседкой), данных за реактивный психоз у больной С. нет, т. к. бредовые идеи преследования в данном случае носят вторичный характер. При исчезновении «голоса» у пациентки появляется критическое отношение к своим высказываниям и дезактуализируются бредовые идеи. Наличие стойкого галлюцинаторного синдрома противоречит постановке диагноза — реактивный психоз.

Исходя из вышесказанного, у больной С. можно предположить психоз с синдромом вербального галлюциноза, обусловленный сосудистым заболеванием головного мозга. Для уточнения диагноза необходимо проведение неврологического, офтальмологического, электрофизиологического исследований.

Набл. 8. Больной В., 37 лет, слесарь. 3 дня назад появилась непонятная тревога, беспокойство. Казалось, что его комната наполнена народом, какие-то люди из-за стены кричат, угрожают убить, зовут «пойти выпить». Ночью не спал, видел, как из-под кровати ползет чудовище с рогами и сверкающими глазами, по комнате бегают серые мыши, полусобаки-полукошки, слышал стук в окно, крики о помощи. В чрезвычайном страхе выбежал из дома и бросился в отделение милиции, спасаясь от «преследования». Оттуда и был доставлен в психиатрическую больницу. В отделении возбужден, особенно в вечернее время, рвется к двери, к окнам. При беседе внимание на теме разговора сосредоточивает с трудом, дрожит, с тревогой осматривается по сторонам. Внезапно начинает стряхивать с себя что-то, говорит, что стряхивает ползающих по нему насекомых, видит перед собой «кривляющиеся рожи», показывает на них пальцами, громко смеется.

В клинической картине заболевания больного В. отмечаются следующие психопатологические симптомы: галлюцинации зрительные (видит перед собой «кривляющиеся рожи», насекомых, серых мышей, «полусобак-полукошек», «чудовище с рогами и сверкающими глазами»), слуховые (слышит из-за стены «голоса» угрожающего характера); бредовые идеи преследования (считает, что его преследуют, вследствие чего обратился в отделение милиции); страх, тревога, двигательное возбуждение, расстройства сознания (нарушение ориентировки в месте, времени). Выяв-

ленные симптомы укладываются в структуру делириозного синдрома и указывают на *психотический уровень психических расстройств.* Наличие в клинической картине заболевания делириозного синдрома с высокой достоверностью может говорить об *экзогенно- органическом типе реагирования.* Для дальнейшей диагностики необходимо уточнение причин острого психического состояния. На основании отдельных высказываний больного («голоса зовут выпить») следует думать об алкогольном делирии. Изучение амнестических данных позволит уточнить генез данного состояния.

Набл. 9. Больной А., 54 года, рабочий. Жалуется на частые головные боли давящего характера, слабость, быструю утомляемость, раздражительность. Дома нетерпим. В каждом слове жены видит обидный для себя намек, проявление неуважительного к себе отношения, шумная возня детей вызывает реакцию крайнего раздражения. Однажды устроил скандал в трамвае из-за того, что его несколько раз подряд попросили передать деньги на билет, грубо ругался, замахивался на пассажиров. Был доставлен в отделение милиции, где плакал навзрыд, просил прощения. На приеме в диспансере настроение у больного подавленное, волнуется, на глазах слезы, лицо покрывается красными пятнами. Отлично понимает болезненный характер своей неуравновешенности, жалеет жену и детей, просит помочь ему, назначить какое-нибудь успокаивающее средство. При специальных расспросах удалось выяснить, что при ходьбе больной нередко ощущает «покачивание» пола под ногами; при этом возникает впечатление, что сам он становится необычно легким, ноги как ватные. Лежа в постели, несколько раз чувствовал, будто бы он вместе с кроватью качается, «как на волнах», поднимается вверх или же потолок опускается на него. Несколько раз возникало ложное ощущение, что ноги у него становятся очень длинными. Рассматривал их, щупал — все было в порядке, но ощущение удлинения конечностей не исчезало. Однажды в связи с этим даже не рассчитал своих возможностей, попытался перешагнуть большую лужу, но попал в воду. Отмечает у себя тревожный сон с кошмарными сновидениями.

В клинической картине заболевания больного А. отмечаются следующие психопатологические симптомы: астенические (головные боли, слабость, быстрая утомляемость, слезливость, тревожный сон, раздражительность); психосенсорные и оптико-вестибулярные нарушения (ощущение покачивания пола при ходьбе, ощущение легкости тела, удлинение конечностей). Указанные симптомы складываются в психоорганический (энцефалопатический) синдром, относящийся к *непсихотическому уровню психических расстройств.* Психоорганический синдром является специфичным для *экзогенно-органического типа реагирования.* С целью выяснения генеза данного состояния у больного А. необходимо уточнение анамнестических сведений, выявление травм головного мозга, а также проведение параклинических исследований.

ЗАДАЧНИК* ПО ПРАВОВЫМ АСПЕКТАМ ПСИХИАТРИИ

Задача 1

Гражданин задержан правоохранительными органами по подозрению в совершении преступления и находится в изоляторе временного содержания. На десятый день пребывания у него изменяется психическое состояние. Он становится тревожным, суетливым, к чему-то прислушивается. Сотрудники изолятора решают, что необходима консультация врача-психиатра.

Какими нормативными актами им необходимо руководствоваться в первую очередь: Инструкциями Министерства внутренних дел или Законом о психиатрической помощи?

Задача 2

Гражданин, имеющий двойное гражданство (Германии и России), в течение двух месяцев находится в одном из российских городов. Друзья, заметив странности и неадекватность его поведения, выражающуюся в агрессивности по отношению к окружающим, предлагают обратиться к психиатрам. После получения категорического отказа они обращаются в психоневрологический диспансер с просьбой освидетельствовать гостя. Тот же, в свою очередь, мотивирует отказ обратиться к психиатру тем, что психиатрическое освидетельствование в отношении него возможно только в соответствии с нормативными актами о психиат-

* Ответы к задачам приведены в конце данного приложения.

рической помощи, действующими в Германии, поскольку он имеет германское гражданство и постоянно проживает там.

Какова тактика врачей-психиатров? Правомочны ли они провести психиатрическое освидетельствование гражданина?

Задача 3

Жена советника иностранного посольства вместе с супругом находится с визитом в одном из российских городов. Во время официального приема у нее резко изменяется психическое состояние. Она становится крайне возбужденной, агрессивной, пытается рвать на себе одежду, выброситься из окна. Муж в этот период временно отсутствовал на приеме. Сопровождающими лицами с принимающей стороны была вызвана психиатрическая бригада скорой медицинской помощи.

Какова тактика врачей-психиатров? Правомочны ли они провести психиатрическое освидетельствование гражданки?

Задача 4

Ученик третьего класса, находясь в группе продленного дня, начинает вести себя возбужденно: драться со сверстниками, кричать, рвать на себе одежду, дерзить старшим. Учитель, получив согласие администрации, на служебной машине привозит мальчика на прием к детскому психиатру. Против осмотра психиатра мальчик не возражает. Врач-психиатр освидетельствует ребенка и выставляет диагноз: реакция адаптации с нарушениями поведения.

Правильны ли в правовом смысле действия педагога и врача в отношении мальчика?

Задача 5

Администрация стационарного психиатрического отделения неоднократно ставила перед опекуном недееспособного больного, находившегося в стационаре более полугода, вопрос о необходимости выписать его из больницы. В качестве оснований врачи отделения выдвигали устойчивость психического состояния пациента и отсутствие показаний для нахождения в стационаре. Однако опекун отказывался взять больного из больницы, ссылаясь на различные обстоятельства и постоянно находя отговорки.

Каковы действия администрации?

Задача 6

Больной, состоящий на учете у психиатров по поводу шизофрении и проходящий ежегодно стационарное лечение в психиатрической больнице, обратился в районную поликлинику по месту жительства с просьбой направить его на санаторно-курортное лечение в связи с обострением холецистопанкреатита. Наличие данного заболевания было подтверждено участковым терапевтом и хирургом. Медицинские работники поликлиники (участковый терапевт и заведующий поликлиникой), учитывая тот факт, что больной продолжает страдать хроническим психическим заболеванием и длительное время состоит на учете у психиатров, отказали ему в его просьбе.

Правильны ли с правовой точки зрения действия медицинских работников?

Задача 7

Пациент, поступивший в психиатрический стационар по признакам недобровольной госпитализации, зная о предстоящей врачебно-консультативной комиссии для решения вопроса о необходимости проведения ему стационарного лечения, потребовал включения в комиссию педагога, работавшего ранее в детском отделении данной больницы и знакомого ему по годам, когда он в школьные годы лечился в детском стационаре. В настоящее время педагог работает в другом психиатрическом учреждении. Больной мотивировал свой выбор тем, что лично знал педагога, считает его справедливым и доверяет только ему.

Обязаны ли врачи-психиатры удовлетворить просьбу больного? Может ли быть педагог включен в комиссию на законных основаниях?

Задача 8

Гражданин обращается в отдел кадров предприятия с целью трудоустойства на вакантное место. Начальник отдела кадров, ознакомившись с документами и узнав что тот был комиссован из армии в связи с психическим заболеванием (в военном билете была указана статья), отказывает гражданину. В качестве основания он выдвигает тот факт, что предприятие, на которое хочет устроиться работать заявитель является оборонным и не позволяет трудоустраивать лиц с психическими расстройствами.

Правомочны ли действия начальника отдела кадров?

Задача 9

У рабочего предприятия, работающего крановщиком высотного крана, после бытовой черепно-мозговой травмы возникли судорожные припадки, в связи с чем он находился в психоневрологической больнице. После выписки врачебно-консультативная комиссия лечебного учреждения выдала заключение о том, что он не может работать на высоте по состоянию здоровья. Руководитель предприятия, увольняя рабочего, сообщил ему, что тот никогда больше не сможет работать высотником.

Обоснованно ли заявление руководителя?

Задача 10

Родители четырнадцатилетнего подростка по контракту работают зарубежом. Подросток проживает в России у родной тетки. Тетка отметила перемены в поведении подростка. Он стал замкнутым, перестал встречаться с друзьями, целыми днями сидит в своей комнате с задернутыми шторами на окнах. На предложении тети обратиться на консультацию к врачу-психиатру отвечает категорическим отказом. Обеспокоенная тетка обратилась в психоневрологический диспансер с заявлением о необходимости освидетельствования подростка врачом-психиатром.

Какова тактика врача-психиатра?

Задача 11

Попечитель, установленный в законном порядке над несовершеннолетним 15 лет, злоупотребляющим наркотическими веществами, отметил нарушения в его поведении, колебания настроения, плохой сон. В связи с этим он обратился к врачам-психиатрам с просьбой о постановке подростка на учет в психоневрологический диспансер.

Какова тактика врача-психиатра?

Задача 12

Гражданин 18 лет, инвалид III группы, признанный судом ограниченно дееспособным вследствие злоупотребления алкоголь-

ными напитками, имеющий попечителя, находясь на стационарном лечении, оформил доверенность на получение пенсии своему родному брату.

Правильны ли действия администрации больницы, заверившей данную доверенность?

Задача 13

При приеме на работу контролером в ОТК оборонного предприятия сотрудник отдела кадров попросил гражданина принести справку из психоневрологического диспансера о том, что он не состоит на учете у психиатров.

Правильны ли действия сотрудника отдела кадров?

Задача 14

Врач государственной психиатрической больницы отказал в просьбе частопрактикующего врача-психиатра сообщить ему полную информацию о больном, состоящем на учете в психоневрологическом диспансере и проходящем в настоящее время амбулаторное лечение у него. В качестве основания отказа врач сослался на принципы врачебной тайны.

Как следует расценивать действия врача государственной психиатрической больницы?

Задача 15

Руководитель предприятия, выступая ответчиком в гражданском судебном процессе по трудовому конфликту, обратился с письменным запросом к главному врачу психиатрического учреждения о том, не состоит ли истец по данному судебному процессу на учете у психиатров, т.к. у него возникли сомнения в психической полноценности истца. Главный врач дал ответ, что гражданин состоит на учете, не указывав при этом диагноз психического заболевания.

Правомочны ли действия главного врача?

Задача 16

Пациент, находящийся на обследовании в психиатрическом стационаре по линии райвоенкомата, ударил больного. При разбо-

ре данного случая лечащим врачом он вел себя дерзко, нагрубил врачу. С целью успокоения и для создания нормальной обстановки в отделении врач назначил ему инъекцию аминазина.

Правомочны ли действия врача?

Задача 17

Врач-психиатр в психиатрическом стационаре информировал своего больного о характере заболевания, планируемых методах терапии и возможных побочных действиях лекарств. В последующем на фоне лечения больной почувствовал скованность после приема нейролептиков. Он обратился с жалобой о том, что не был информирован о подобном действии лекарств.

Были ли действия врача верными и защищен ли он юридически?

Задача 18

Поступающий на лечение в психиатрический стационар гражданин в приемном покое дает согласие на госпитализацию и лечение, но не может поставить свою подпись в истории болезни, т.к. его рука находится в гипсе.

Достаточно ли в данном случае его устного согласия?

Задача 19

Больной, проходивший стационарное лечение в психиатрической больнице, неожиданно заявил о желании немедленно выписаться. Учитывая, что больной был госпитализирован в добровольном порядке и оснований для его недобровольного стационарного лечения не было, врач выписал его из отделения.

Каким образом должна быть оформлена медицинская документация?

Задача 20

При проведении медицинской комиссии в районном военкомате у врача-психиатра возникли сомнения в отношении психического здоровья призывника. Психиатр вынес заключение о том, что окончательное решение вопроса возможно только после стационарного обследования и предложил призывнику пройти стационарное обследование. Тот от госпитализации в психиатрический стационар категорически отказался.

Каковы дальнейшие действия врача-психиатра?

Задача 21

В районе отсутствует врач-психиатр. Его функции выполняет врач-невропатолог. К нему обращаются родственники гражданина, у которого, с их слов, можно предположить алкогольный психоз. Осмотрев больного, врач выставляет ему диагноз: алкогольный психоз, назначает лечение, после которого психоз купируется. Через год данный гражданин обращается в центральную районную больницу для прохождения медицинской комиссии с целью получения разрешения для вождения автомобиля. Врач отказывает в его просьбе, ссылаясь на то, что год назад пациент перенес алкогольный психоз.

Обоснованны ли действия врача?

Задача 22

В психиатрическом стационаре лечащий врач в процессе обследования находит, что пациент X. признаков психического заболевания не обнаруживает. Главный врач больницы не соглашается с мнением лечащего врача и настаивает на установлении диагноза психического заболевания пациенту. При этом в качестве доказательства своей правоты главный врач ссылается на "большой опыт работы в области психиатрии" и вопреки мнению лечащего врача выставляет диагноз психического заболевания гражданину X.

Согласуется ли с Законом подобное решение вопроса?

Задача 23

Мать девятилетнего ребенка настаивает на его психиатрическом освидетельствовании, однако отец ребенка категорически возражает против этого, считая сына здоровым.

Возможно ли в данном случае психиатрическое освидетельствование ребенка?

Задача 24

Гражданин, скрываясь от преследования неизвестных лиц, "действующих на него с помощью лазерной установки и тем самым разрушая печень и сердечную мышцу" не ночует дома, по-

стоянно переезжает с места на место, спит в парках, на вокзале, выходя на улицы только в темное время суток. В подобном состоянии он приезжает к родственникам, которые предлагают ему проконсультироваться у врача-психиатра. Получив категорический отказ, родственники обращаются в психоневрологический диспансер.

Какова тактика врача-психиатра?

Задача 25

Сотрудниками линейного отдела милиции задержан на территории прилегающей к железнодорожному вокзалу гражданин, который пытался броситься под поезд. В отделении милиции он рассказал, что "не должен жить, виноват перед людьми в связи с тем, что под влиянием сатаны, насылает на людей порчу". Считает, что он непроизвольно распространяет вокруг себя сигналы, после которых люди умирают в течение суток. Рыдая говорит о том, что "больше так жить не может и должен уйти из жизни". Сотрудники милиции пригласили на консультацию врача-психиатра. Гражданин от консультации врача категорически отказывается. Врач-психиатр сообщил, что для проведения недобровольного психиатрического освидетельствования ему необходимо получить санкцию судьи.

Правильна ли тактика врача?

Задача 26

Врач-психиатр получил заявление от соседей гражданина Х. с просьбой о его врачебном психиатрическом освидетельствовании. Учитывая отсутствие в заявлении какой-либо конкретной информации о поведении гражданина Х., врач заявление в суд не оформил и в письменном виде отказал заявителям в проведении психиатрического освидетельствования.

Верна ли тактика врача-психиатра?

Задача 27

После стационарного лечения в психиатрической больнице, где больной был выставлен диагноз: циклотимия, она была взята на диспансерное наблюдение.

Правильно ли данное решение врачей-психиатров?

Задача 28

При выписке больного Х. из стационара комиссия врачей-психиатров больницы, учитывая клинически подтвержденный диагноз "шизофрения", приняла решение об установлении над больным диспансерного наблюдения.

Какова дальнейшая тактика ведения больного?

Задача 29

Решением комиссии врачей-психиатров диспансера больной Х. год назад был снят с диспансерного наблюдения. Однако, в последние дни у него изменилось психическое состояние, что вызвало тревогу у его родственников. Учитывая его отказ от помощи врачей-психиатров, родственники больного обратились в диспансер с просьбой осмотреть и оказать ему медицинскую помощь. Участковый врач-психиатр осмотрел больного на дому и констатировал обострение психического заболевания.

Какова Ваша оценка тактики врача?

Задача 30

На станцию скорой помощи поступил вызов родственников больного Х., страдающего хроническим психическим заболеванием. Со слов звонивших состояние больного резко изменилось. Он высказывал угрозы в адрес окружающим, считал, что его должны убить, вооружился топором и забаррикадировался в комнате. Врач скорой помощи посоветовал родственикам вначале вызвать наряд милиции, который должен решить, нуждается ли пациент в экстренной психиатрической помощи. Повторное обращение родственников на станцию скорой медицинской помощи было обусловлено отказом работников милиции прибыть к психически больному.

Какова тактика врача-психиатра станции скорой помощи?

Задача 31

Подросток четырнадцати лет по просьбе и с согласия родителей помещен в психиатрический стационар. Сам он протестов против госпитализации не выражает.

Должен ли он в данном случае освидетельствоваться комиссией врачей-психиатров для решения вопроса об обоснованности госпитализации?

Задача 32

Участковый психиатр, освидетельствовав гражданина на дому, выдал родственникам направление на госпитализацию в психиатрический стационар по неотложным показаниям. Родственники доставили больного в приемный покой больницы. Врач приемного покоя, осмотрев больного, отказал в госпитализации и отпустил больного домой.

Правомочны ли действия врача приемного покоя?

Задача 33

Бригадой скорой помощи в приемный покой психиатрической больницы в пятницу вечером доставлен больной Х. Дежурный врач-психиатр, осмотрев больного, принимает решение о госпитализации по неотложным показаниям. Учитывая то, что пациент категорически отказывается от госпитализации ему сообщается, что *в первый же рабочий день (в понедельник) он* будет осмотрен комиссией врачей-психиатров и, возможно, отпущен домой.

Верна ли тактика врача-психиатра, осуществлявшего госпитализацию?

Задача 34

По факту госпитализации пациента в психиатрический стационар в недобровольном порядке состоялось судебное разбирательство. По его завершению судья вынес постановление о необоснованности проведения госпитализации. Врачи-психиатры, убежденные в необходимости продолжения стационарного лечения подают апелляцию в вышестоящий суд и до вынесения решения вышестоящего суда считают обоснованным задержание больного в отделении.

Правомочны ли действия психиатрического учреждения?

Задача 35

Опекун недееспособного психически больного обратился в отдел социального обеспечения с просьбой выдать ему путевку для помещения опекаемого больного в психоневрологический дом-интернат (учреждение для социального обеспечения).

Как должен решаться данный вопрос?

ОТВЕТЫ

Ответ к задаче 1

В соответствии со ст.3, п.1 Закона должностные лица МВД и Министерства безопасности, а также всех учреждений этих ведомств обязаны соблюдать требования Закона. Действие Закона распространяется также на учреждения, в которых содержатся лица, осужденные к лишению свободы по приговору суда, или лица, которым избрана мера пресечения в виде содержания под стражей.

(прим. 3 к ст.3 в постатейном комментарии к Закону).

Ответ к задаче 2

В соответствии со ст.3, п.2 Закона он применяется не только в отношении граждан России, но и лиц, имеющих двойное гражданство. Важно лишь чтобы данное лицо в момент психического расстройства находилось на территории РФ. В приведенном случае врачи-психиатры при наличии оснований (ст.23) правомочны провести психиатрическое освидетельствование гражданину.

(прим. 6 к ст.3 в постатейном комментарии к Закону).

Ответ к задаче 3

В соответствии со ст.3, п.2 Закона в отношении лиц, пользующихся дипломатической неприкосновенностью и членов их семей Закон применим только по их просьбе и с их согласия. Никакие иные меры недопустимы. Возникающие в отношении указанной категории лиц вопросы в психиатрической сфере должны решаться дипломатическим путем через Министерство иностранных дел РФ. Следовательно, врач-психиатр бригады скорой медицинской помощи вправе провести психиатрическое освидетельствование гражданки (в приведенном случае) лишь в случае ее просьбы или с ее согласия.

(прим. 8 к ст.3 в постатейном комментарии к Закону).

Ответ к задаче 4

Нет. В соответствии со ст.4, п.2 Закона психиатрическая помощь несовершеннолетним в возрасте до 15 лет оказывается только по просьбе или с согласия их законных представителей, коими являются родители (ст.53 КоБС РСФСР), а при их отсутствии — усыновители или опекуны. Следовательно, врач-психиатр не имел правовых оснований проводить психиатрическое освидетельствование мальчика, поскольку учитель не является законным представителем несовершеннолетнего. В данном случае согласие мальчика на обследование также не являлось основанием для проведения психиатрического освидетельствования, т.к. несовершеннолетний не может самостоятельно принимать решения, связанные с психиатрической помощью.

(прим. 6 к ст.4 в постатейном комментарии к Закону).

Ответ к задаче 5

Ситуация предусматривается ст.5, п.2 Закона. Если законные представители лиц, признанных недееспособными, отказываются брать таких пациентов из

больницы, администрация вправе обратиться в орган опеки и попечительства для принятия мер вплоть до уголовной ответственности за злоупотребление опекунскими обязанностями (ч.2 ст.31 Закона; ст.59, 138 КоБС РСФСР; ст.124 УК РСФСР). С психически больным следует решать вопрос о помещении его в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения в установленном порядке.

(прим. 9 к ст.5 Закона в постатейном комментарии к Закону).

Ответ к задаче 6

Нет. В соответствии со ст.5, п.2 Закона любое лицо, страдающее психическим расстройством, имеет право на все виды лечения по медицинским показаниям, включая санаторно-курортное. В отношении них действуют те же нормы и стандарты, как и при лечении больных с соматическими заболеваниями. Следовательно, отказ направить больного на санаторно-курортное лечение (в приведенном случае) неправомерен.

(прим. 10 к ст.5 Закона в постатейном комментарии к Закону).

Ответ к задаче 7

Да. В соответствии со ст.5, п.2 Закона специалистом, участвующим в работе комиссии по вопросам, регулируемым настоящим Законом, не обязательно должен быть врач-психиатр. Это может быть представитель другой специальности (психолог, педагог), имеющий опыт работы с психически больными. При этом Закон не оговаривает, что данный человек в обязательном порядке должен работать в том психиатрическом учреждении, где находится в настоящее время пациент. Следовательно, врачи-психиатры обязаны удовлетворить просьбу больного и включить в комиссию названного им человека.

(прим. 13 к ст.5 Закона в постатейном комментарии к Закону).

Ответ к задаче 8

Нет, неправомочны. В соответствии со ст.5, п.3 Закона ограничение гражданина в выполнении отдельных видов профессиональной деятельности рассматривается врачебной комиссией и может быть обжаловано в суд. Никакие должностные лица невправе ограничивать права психически больных без соответствующих решений, принятых в законном порядке. Таким образом, отказ начальника отдела кадров в трудоустройстве гражданина на основании того, что тот был комиссован из армии по психическому заболеванию не является законным.

(прим. 15 к ст.5 Закона в постатейном комментарии к Закону).

Ответ к задаче 9

Нет. В соответствии со ст.6, п.1 Закона гражданин может быть временно (на срок не более 5 лет с правом последующего переосвидетельствования) признан непригодным к деятельности, связанной с источником повышенной опасности. Таким образом, через 5 лет при положительном заключении ВКК рабочий может вернуться к своей профессиональной деятельности. Отказ в проведении такой комиссии может быть обжалован в суд.

Ответ к задаче 10

Врач не может принять заявление к рассмотрению. В соответствии со ст.7, п.2 Закона психиатрическое освидетельствование несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет возможно только по просьбе или с согласия его законных представителей. Родственники (за исключением родителей) не являются законными представителями, если они не назначены в установленном порядке опекунами. В рассматриваемом случае родственники должны обратиться в орган опеки, который может принять решение о необходимости психиатрического освидетельствования.

Ответ к задаче 11

В соответствии со ст.7, п.2 Закона к числу законных представителей при совершении действий по оказанию психиатрической помощи не относятся попечители, назначенные над несовершеннолетними судом от 15 до 18 лет, а также над совершеннолетними, ограниченными судом в дееспособности вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими веществами (ст.121 КоБС РСФСР).

В связи с достижением 15-летнего возраста оказание психиатрической помощи данному подростку возможно лишь с его согласия за исключением случаев, оговоренных в Законе. Вследствие этого, врач-психиатр вправе отказать попечителю (в приведенном случае) в психиатрическом освидетельствовании подростка и в постановке его на учет.

(прим. 4 к ст.7 в постатейном комментарии к Закону).

Ответ к задаче 12

Нет. В соответствии со ст.7, п.2 Закона пенсию лица, ограниченного судом в дееспособности вследствие злоупотребления спиртными напитками, вправе получать только попечитель. Никакие доверенности другим лицам выдаваться не могут и юридической силы не имеют. Администрация больницы не имела законного права заверять доверенность (в приведенном случае).

(прим. 4 к ст.7 в постатейном комментарии к Закону).

Ответ к задаче 13

Нет. Действия сотрудника отдела кадров нарушают ст.8 Закона. Никто не вправе требовать от человека медицинской справки о состоянии его психического здоровья кроме случаев, предусмотренных законами РФ (см.ст.6 Закона).

(прим. 2 к ст. 8 в постатейном комментарии к Закону).

Ответ к задаче 14

В соответствии со ст.9 Закона обмен информацией о психическом состоянии гражданина как между различными психиатрическими учреждениями, так и между медицинскими учреждениями и частнопрактикующими врачами-психиатрами допустим. Следовательно, врач-психиатр государственного учреждения поступил (в приведенном случае) не в соответствии с законодательными нормами. Его ссылка на необходимость сохранения врачебной тайны не может считаться основанием для запрета на обмен необходимой для лечения пациента информации.

(прим. 8 к ст.9 в постатейном комментарии к Закону).

Ответ к задаче 15

Действия главного врача неправомочны. Несмотря на то, что в соответствии со ст.9 Закона сообщение сведений о психическом заболевании граждан возможно суду и органам дознания (следователю, прокурору) по их письменным запросам, это правило следует считать действующим лишь при необходимости истребования судом медицинских документов (справок, выписок из историй болезни). Информация о том, состоит ли истец на учете в психоневрологическом диспансере не входит в число таких документов. Следовательно, главный врач не имел права сообщать подобных сведений о психически больном.

(прим. 9 к ст. 9 в постатейном комментарии к Закону).

Ответ к задаче 16

Действия врача неправомочны. В соответствии со ст.10, п.3 Закона запрещается использование медицинских средств и методов в каких-либо целях, кроме диагностических и лечебных. Назначение инъекции аминазина не имело ни диагностических, ни лечебных целей. Для назначения любого лечения врач обязан был получить от больного информированное согласие на терапевтические меры (ст.11, п.1), либо для этого должны были быть основания (ст.11, п.4), и тогда решение о назначении лечения без согласия пациента должно было приниматься комиссией врачей-психиатров. Следует заметить, что в приведенном случае пациент находился в стационаре на обследовании, что не предполагает проведения каких-либо терапевтических мероприятий в отношении данного лица.

Ответ к задаче 17

Действия врача были верными в соответствии со ст.11, п.2 Закона. Однако правовое значение имеет только запись в истории болезни или амбулаторной карте о предоставленной больному информации, а также описание реакций пациента на эту информацию.

(прим. 4 к ст.11 в постатейном комментарии к Закону).

Ответ к задаче 18

Нет. В соответствии со ст.11, п.1 Закона его согласие в данном случае должно быть удостоверено третьим лицом с указанием причин, по которым невозможно получить подпись первого лица.

(прим. 6 к ст.11 в постатейном комментарии к Закону).

Ответ к задаче 19

В соответствии со ст.12, п.1, 2 Закона к записи в истории болезни о том, что больному разъяснены возможные последствия данного поступка, должно быть приложено личное заявление пациента или его законного представителя. При отказе пациента или его законного представителя письменно засвидетельствовать факт своего отказа от лечения, запись врача должна быть удостоверена свидетелем.

(прим. 5 к ст.12 в постатейном комментарии к Закону).

Ответ к задаче 20

В соответствии со ст.15 Закона врач не может госпитализировать данное лицо в недобровольном порядке. Это возможно лишь с согласия предполагаемого пациента. При этом врач должн информировать старшего врача комиссии о ситуации. Все остальные действия — прерогатива военкомата.

(прим. 3 к ст.15 в постатейном комментарии к Закону).

Ответ к задаче 21

Нет. В соответствии со ст.20, п.3 Закона заключение других врачей-специалистов (непсихиатров) о состоянии психического здоровья носят предварительный характер и не являются основаниями для решения вопроса об ограничении прав и законных интересов граждан. Следовательно, медицинская комиссия не имеет законных оснований отказать в выдаче разрешения для вождения автомобиля (в приведенном случае).

Ответ к задаче 22

Нет. Главный врач нарушает ст.21, п.1 Закона, в соответствии с которой установление диагноза осуществляется лечащим врачом или уполномоченной на то комиссией врачей-психиатров. В рассматриваемом случае должна быть назначена комиссия, в состав которой не может входить специалист или должностное лицо, действия которого обжалуются.

(прим. 2,3 к ст.21 в постатейном комментарии к Закону).

Ответ к задаче 23

Да. В соответствии со ст.23, п.2 Закона в случае разногласий со стороны родителей или при их отсутствии, заинтересованные лица (педагоги, врачи общемедицинской сети и т.д.) могут обратиться в орган опеки, который примет решение о необходимости психиатрического освидетельствования.

Ответ к задаче 24

Данный случай подпадает под действие ст.23, п.4 "в" Закона. Получив письменное заявление от родственников гражданина с просьбой о его освидетельствовании, врач-психиатр обращается в районный народный суд для получения санкции на недобровольное психиатрическое освидетельствование.

Ответ к задаче 25

Нет. В соответствии со ст.24, п.1, учитывая непосредственную опасность для себя, решение об освидетельствовании лица без его согласия (как и во всех случаях, предусмотренных п.4 "а" ст.23) принимается врачом-психиатром самостоятельно.

Ответ к задаче 26

Нет. В соответствии со ст.25, п.4 врач мог и должен был принять меры к получению дополнительной информации. Источником ее получения мог быть сам заявитель, другие заинтересованные лица.

Только если данная работа не дала достаточных оснований для освидетельствования, врач письменно мотивированно отказывает заявителю.

(прим. 6 к ст.25 к постатейному комментарию Закона).

Ответ к задаче 27

Нет. В соответствии со ст.27, п.1 только наличие трех признаков (хронического или затяжного течения психического расстройства, тяжести болезненных проявлений и их стойкости или частоты обострений) дает основание для установления диспансерного наблюдения. При отсутствии хотя бы одного из них или сомнения в его наличии вопрос об установлении диспансерного наблюдения следует отложить, а психиатрическую помощь оказывать в консультативном порядке. Диспансерное наблюдение может не устанавливаться за больными циклотимией ввиду отсутствия признака тяжести болезненных проявлений.

(прим. 6 к ст.27 к постатейному комментарию к Закону).

Ответ к задаче 28

В соответствии со ст.27, п.2 Закона комиссиям врачей-психиатров психиатрических стационаров не предоставлено права решать вопрос об установлении или прекращении диспансерного наблюдения.

Их заключение пс данному вопросу имеют рекомендательный характер. В данном конкретном случае тактика будет определена после решения комиссии диспансера о необходимости установления диспансерного наблюдения.

(прим. 7 к ст.27 к постатейному комментарию к Закону).

Ответ к задаче 29

Тактика неверная. В соответствии со ст.27, п.4 Закона после прекращения диспансерного наблюдения лицо, страдающее психическим расстройством, может быть освидетельствовано без его согласия лишь по основаниям, предусмотренным ч.4 ст.23 Закона. Порядок проведения недобровольного психиатрического освидетельствования предусмотрен в ст.24 и ст.25 Закона.

(прим. 13 к ст.27 к постатейному комментарию к Закону).

Ответ к задаче 30

Врач-психиатр должен самостоятельно вызвать по нужному адресу наряд милиции и совместно с работниками милиции провести недобровольную госпитализацию пациента, если для этого есть основания. В соответствии со ст.30, п.3 сотрудники милиции обязаны оказывать содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольной госпитализации и обеспечивать безопасные условия для доступа к госпитализируемому лицу и его осмотра. Данное положение соответствует ст.2 и ст.10 Закона РСФСР "О милиции".

(прим. 8 к ст.30 в постатейном комментарии к Закону).

Ответ к задаче 31

Да. В соответствии со ст.31, п.1 Закона несовершеннолетние в возрасте до 15 лет, помещенные в психиатрический стационар по просьбе или с согласия их за-

конных представителей подлежат обязательному освидетельствованию комиссией врачей-психиатров в течение 48 часов в порядке, предусмотренном ч.1 ст.32 Закона.

(прим. 1 к ст.31 в постатейном комментарии к Закону).

Ответ к задаче 32

Правомочны. В соответствии со ст.21 и ст.32 решение направившего в стационар врача о недобровольной госпитализации не является обязательным для врача-психиатра приемного покоя. Если психиатр приемного отделения не найдет достаточных оснований для госпитализации, он может решить вопрос о стационировании отрицательно, отпустив пациента непосредственно из приемного покоя.

(прим. 3 к ст. 32 в постатейном комментарии к Закону).

Ответ к задаче 33

Нет. В соответствии со ст.32, п.1 Закона комиссия врачей-психиатров производит освидетельствование пациента в течение 48 часов с момента его помещения в стационар. Закон не предусматривает каких-либо отступлений от этого срока, в частности, в связи с выходными и праздничными днями. Комиссия должна быть собрана в указанные сроки.

(прим. 5 к ст. 32 в постатейном комментарии к Закону).

Ответ к задаче 34

Нет неправомочны. В соответствии со ст.35 Закона отказ в удовлетворении заявления о принудительной госпитализации лица может быть обжалован психиатрическим учреждением в лице его представителя в течение десяти дней после вынесения постановления. При этом подача жалобы на постановление судьи не приостанавливает его исполнение. Следовательно, пациент должен быть выписан до решения вышестоящего суда.

(прим. 3, 4 к ст. 35 в постатейном комментарии к Закону).

Ответ к задаче 35

В соответствии со ст.41, п.1 Закона опекун недееспособного больного лишен права решать за него вопрос о помещений в психоневрологическое учреждение. Он вправе лишь поставить этот вопрос перед органом опеки.

(прим. 6 к ст.41 в постатейном комментарии к Закону).

ОПРОСНИК ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ*
(для программированного контроля)

Вопросы:

1. Суточные колебания депрессии при эндогенных психических заболеваниях имеют тенденцию к:
1) утяжелению симптомов депрессии в дневное время
2) утяжелению симптомов депрессии в вечернее время
3) утяжелению симптомов депрессии в утреннее время
4) утяжелению симптомов депрессии ночью
5) отсутствие закономерности суточных колебаний

2. Симптом «нарушения схемы тела» относится к одному из следующих типов психического реагирования:
1) экзогенному
2) эндогенному
3) психогенному

3. Симптом "стоячих оборотов" чаще всего встречается при:
1) неврозе навязчивых состояний
2) вялотекущей шизофрении
3) болезни Пика
4) болезни Альцгеймера
5) пресеверации

* Ответы к вопросам приведены в конце данного приложения

4. Делириозный синдром, как правило, встречается при:

(выберите два ответа)

1) шизофрении
2) эпилепсии
3) маниакально-депрессивном психозе
4) алкоголизме
5) сосудистых заболеваниях головного мозга

5. Головная боль сжимающего характера (по типу "каски", "шлема") чаще всего встречается при:

1) шизофрении
2) эпилепсии
3) неврозе
4) алкоголизме
5) сосудистых заболеваниях головного мозга

6. Парциальный психический инфантилизм относится, как правило, к:

1) олигофрениям
2) деменции
3) психопатиям
4) неврозам
5) пограничной умственной отсталости
6) донозологическим проявлениям

7. Т.н. "климактерический невроз" относится к расстройствам:

1) невротическим
2) неврозоподобным
3) психопатическим
4) психоэндокринным
5) психопатоподобным

8. Основными отличиями шизоаффективного типа шизофрении от маниакально-депрессивного психоза являются:

(выберите два ответа)

1) отсутствие фазного течения — чередования маниакальных и депрессивных фаз
2) наличие бредовых идей
3) наличие расстройств сознания

4) связь с психотравмирующим событием

9. Эпилептический припадок отличается от истерического:

(выберите три ответа)
1) утратой сознания по типу комы
2) утратой сознания по типу сумеречного расстройства сознания
3) появлением тонических судорог после клонических
4) появлением клонических судорог после тонических
5) прикусом языка

10. Реактивная депрессия отличается от невротической депрессии:

(выберите два ответа)
1) субъективно более выраженной тоской
2) субъективно более выраженной тревогой
3) бредовыми идеями самообвинения
4) отсутствием критичности
5) слуховыми галлюцинациями

11. Неврозоподобный синдром отличается о невротического следующими признаками:

(выберите два ответа)
1) отсутствием связи расстройств с психотравмой
2) наличием психосенсорных расстройств
3) вегетативно-сосудистыми пароксизмами симпатико-адреналового характера
4) вегетативно-сосудистыми пароксизмами вагоинсулярного характера

12. Эпилептический синдром относится к одному из следующих типов психического реагирования:

1) экзогенному
2) эндогенному
3) психогенному

13. Кататонический синдром чаще встречается при:

1) шизофрении
2) эпилепсии

3) маниакально-депрессивном психозе
4) органических поражениях головного мозга
5) энцефалитах

14. Разорванность мышления чаще встречается при:

1) шизофрении
2) эпилепсии
3) маниакально-депрессивном психозе
4) неврозе навязчивых состояний
5) шизоидной психопатии

15. Обстоятельность мышления характерна для одного из следующих типов психического реагирования:

1) экзогенного
2) эндогенного
3) психогенного

16. Для какого заболевания характерна триада Ясперса:

1) шизофрении
2) реактивных психозов
3) маниакально-депрессивного психоза
4) неврозов
5) психопатий

17. Для диагностики каких заболеваний применяется триада Ганнушкина:

1) шизофрении
2) реактивных психозов
3) маниакально-депрессивного психоза
4) неврозов
5) психопатий

18. Корсаковский синдром чаще встречается при:

(выберите два ответа)
1) шизофрении
2) эпилепсии
3) черепно-мозговых травмах
4) алкоголизме

5) маниакально-депрессивном психозе

19. Для диагностики шизофрении наиболее значимыми из расстройств восприятия являются:

1) истинные обонятельные галлюцинации
2) обонятельные псевдогаллюцинации
3) истинные вербальные галлюцинации
4) вербальные псевдогаллюцинации
5) истинные зрительные галлюцинации

20. Деменция является характерным исходом:

1) неврозов
2) шизофрении
3) психопатий
4) старческих психозов
5) олигофрении

21. Депрессия Вайтбрехта относится к депрессиям:

1) реактивного типа
2) эндогенного типа
3) экзогенного типа
4) эндореактивного типа
5) экзореактивного типа

22. Негативные психические расстройства чаще встречаются при:

1) эпилепсии
2) старческих психозах
3) неврозах
4) шизофрении
5) психопатиях

23. Невротическое развитие личности отличается от психопатии:

(выберите два ответа)

1) началом в зрелом возрасте
2) преобладанием астенических расстройств
3) формированием на базе невроза
4) менее выраженными нарушениями поведения
5) преобладанием истерических расстройств

24. При параноидной форме шизофрении слуховые галлюцинации имеют тенденцию к:

1) переходу истинных в псевдогаллюцинации
2) переходу псевдогаллюцинаций в истинные
3) стабильностью галлюцинаторных феноменов

25. Истинные зрительные галлюцинации наиболее часто встречаются при:

(выберите два ответа):
1) шизофрении
2) старческих психозах
3) эпилепсии
4) сосудистых заболеваниях головного мозга
5) алкогольных психозах

26. Псевдодементный синдром характерен для:

1) шизофрении
2) старческих психозов
3) инволюционных психозов
4) реактивных психозов
5) неврозов

27. Сумеречное расстройство сознания наиболее часто встречается при:

1) шизофрении
2) эпилепсии
3) маниакально-депрессивном психозе
4) органических поражениях головного мозга
5) неврозах

28. Для агрипнического синдрома при шизофрении характерными являются:

1) трудности при засыпании
2) кошмарные сновидения
3) ранние пробуждения
4) удовлетворенность малым количеством сна

29. Для какого психического заболевания типичны изменения характера в виде елейности, льстивости, угодливости, склонность использовать в речи уменьшительно-ласкательные слова:

1) шизофрении
2) эпилепсии
3) маниакально-депрессивного психоза
4) органических поражений головного мозга
5) психопатий

30. Дифференциально-диагностическими признаками болезни Альцгеймера, отличающими ее от болезни Пика являются следующие:

(выберите три ответа)

1) нарушения памяти возникают на более ранних этапах заболевания
2) нарушения памяти возникают на более поздних этапах заболевания
3) отсутствуют грубые изменения личности
4) часты эпилептиформные припадки
5) преобладает благодушное настроение

31. "Железнодорожный параноид" относится к:

1) параноидной форме шизофрении
2) реактивному параноиду
3) инволюционному параноиду
4) паранойе
5) паранойяльной пихопатии

32. Психопатические расстройства, как правило, относятся к:

1) психотическому уровню психических расстройств
2) непсихотическому уровню психических расстройств

33. Аутизм является признаком:

(выберите два ответа)

1) шизофрении
2) депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза
3) шизоидной психопатии

4) шизоидной акцентуации характера
5) невроза навязчивых состояний

34. Инволюционные психозы относятся к:

1) экзогенным психическим заболеваниям
2) психогенным психическим заболеваниям
3) эндогенным психическим заболеваниям
4) психосоматическим заболеваниям
5) психоэндокринным заболеваниям

35. Если больной с эндогенным психозом совершает суицидальную попытку, то, чаще всего, это происходит:

1) в полночь
2) в вечернее время
3) в дневное время
4) в ранние утренние часы
5) закономерностей не наблюдается

36. Острые алкогольные психозы, как правило, возникают в период:

1) алкогольного опьянения легкой степени
2) алкогольного опьянения средней степени
3) алкогольного опьянения тяжелой степени
4) в период длительного воздержания от алкоголя
5) в период абстиненции

37. Психоорганический синдром характерен для:

1) шизофрении
2) эпилепсии
3) маниакально-депрессивного психоза
4) старческих психозов
5) органических и сосудистых поражений головного мозга

38. При развитии органических психозов синдром вербального галлюциноза имеет тенденцию к:

1) усложнению — от моновокального к поливокальному
2) упрощению — от поливокального к моновокальному
3) стабилизации

39. Педункулярный галлюциноз Лермитта встречается чаще при:

1) шизофрении
2) эпилепсии
3) органических поражениях лобных долей головного мозга
4) органических поражениях ножек мозга
5) церебральном атеросклерозе

40. Индуцированные психозы относятся к:

1) шизофрении
2) реактивным психозам
3) инволюционным психозам
4) параноидным состояниям (паранойе)
5) органическим психозам

41. Циклотимия является особой клинической формой:

1) шизофрении
2) астенической психопатии
3) неврозов
4) маниакально-депрессивного психоза
5) эпилепсии

42. Для какого психического заболевания наиболее характерен синдром Котара:

1) шизофрении
2) маниакально-депрессивного психоза
3) инволюционной депрессии
4) реактивной депрессии
5) старческих психозов

43. Бред ревности является патогномоничным для:

1) шизофрении
2) алкогольных психозов
3) психопатий
4) старческих психозов
5) не является нозологически специфичным

44. Симптом "de ja vu", как правило, встречается при:

(выберите два ответа)

1) шизофрении

2) эпилепсии
3) органических поражениях головного мозга
4) неврозах
5) у психически здоровых

45. Патологическое опьянение возникает, как правило, при:
1) шизофрении
2) эпилепсии
3) органических поражениях головного мозга
4) старческих психозах
5) психопатиях

46. Шизоидная психопатия отличается от шизофрении:
(выберите три ответа)
1) непрогредиентностью
2) более глубокой аутизацией
3) отсутствием качественных расстройств мышления
4) отсутствием негативных расстройств
5) отсутствием бредовых идей

47. Симптом Липмана характерен для:
1) шизофрении
2) эпилепсии
3) алкогольных психозов
4) старческих психозов
5) инволюционных психозов

48. Маниакальный синдром наиболее часто встречается при:
(выберите три ответа)
1) шизофрении
2) прогрессивном параличе
3) маниакально-депрессивном психозе
4) алкоголизме
5) истерической психопатии

49. Синдром Ганзера относится к синдромам, характерным для:
1) шизофрении
2) алкогольного психоза

3) ревматического психоза
4) эпилептического психоза
5) истерического психоза

50. Симптом Фреголи, как правило, встречается при:
1) шизофрении
2) эпилепсии
3) паранойе
4) маниакально-депрессивном психозе
5) нозологически неспецифичен

51. Бред ущерба "малого размаха", как правило, встречается при:
1) шизофрении
2) старческих психозах
3) инволюционных психозах
4) реактивных психозах
5) олигофрении

52. Синдром "бредоподобных фантазий", как правило, встречается при:
1) шизофрении
2) истерической психопатии
3) истерических психозах
4) маниакально-депрессивном психозе
5) у психически здоровых

53. Синдром "раннего детского аутизма Каннера" является патогномоничным для:
1) шизофрении
2) олигофрении
3) неврозов
4) пограничной умственной отсталости
5) нозологически неспецифичен

54. Дефект при шизофрении отличается от деменции при органических заболеваниях головного мозга:
(выберите три ответа)
1) более выраженной астенией

2) наличием апатико-абулического синдрома
3) более выраженным снижением интеллекта
4) диссоциацией психической деятельности
5) отсутствием мнестических расстройств

55. Скрытая (ларвированная, маскированная) депрессия патогномонична для:
1) эндогенных психических заболеваний
2) экзогенных психических заболеваний
3) психогенных психических заболеваний
4) нозологическим неспецифична

56. Лакунарное слабоумие встречается при:
1) шизофрении
2) эпилепсии
3) сенильной деменции
4) атеросклеротической деменции
5) олигофрении

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ:

1.	3	20.	4	39.	4
2.	1	21.	4	40.	2
3.	3	22.	4	41.	4
4.	4, 5	23.	1, 3	42.	3
5.	3	24.	1	43.	5
6.	3	25.	4,5	44.	2,3
7.	2	26.	4	45.	3
8.	1, 2	27.	2	46.	1, 3, 5
9.	1, 3, 5	28.	3	47.	3
10.	3, 4	29.	2	48.	1, 2, 3
11.	1, 2	30.	1, 3, 4	49.	5
12.	1	31.	2	50.	5
13.	1	32.	2	51.	3
14.	1	33.	1, 3	52.	2
15.	1	34.	3	53.	5
16.	2	35.	4	54.	2, 4, 5

ОГЛАВЛЕНИЕ

Научное издание

Владимир Давыдович Менделевич

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПРОПЕДЕВТИКА

Практическое руководство для врачей и студентов.
Издание 2-е, переработанное и дополненное.

Подписано в печать 10.11.97. Формат 60x90 1/16.
Бумага газетная. Печать офсетная. Печ. л. 30,5.
Тираж 10 000 экз. Заказ 2651.

Издательство "Техлит". 101000, г. Москва,
ул. Мясницкая, д. 30/1-2, строение 1.

АПП "Джангар", 358000, г. Элиста, ул. Ленина, 245